

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1309687182	1309687182		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SE XO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD
CHUNGA	VELEZ	YESSENIA	ELIZABETH	F	01/03/1979	45	X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO		
0962041113-0991846530	NO APORTA						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTON	PARROQUIA					
PROVINCIA	ROCAFUERT	E	ROCAFUERTE				X
MANABI							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECO-OBSTETRICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA 45 AÑOS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR PELVICO DE MODERADA INTENSIDAD, REFIERE REALIZAR ECOGRAFIA QUE INDICA PRESENCIA DE 3 MIOMAS INTRAMURALES FORMAS REDONDEADAS ENDOMETRIO ENGROSADO 11MM DE GROSOR POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

T/A: 101/65 FC: 78XMIN FR: 19XMIN T: 36.8 C SATOX: 98% PESO:54.4KG TALLA: 155.5CM

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA 31/7/2024 : UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO ANTEROVERSOFLEXION TEXTURA HETEROGENEA SE IDENTIFICA EN SU INTERIOR 3 IMAGENES CON FORMAS REDONDEADAS DE ASPECTOS HETEROGENEOS DE PAREDES DIFUSAS Y CON MEDIDAS DE 58MMX76MMX27MM Y 20MM Y DE 16MMX18MM COMPATIBLES CON MIOMAS INTRAMURALES.

ENDOMETRIO 11MM DE ESPESOR CERVIX DE APARIENCIA NORMAL

ANEXOS NORMALES

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	PRE	DEF
1.	MIOMATOSIS UTERINA	D25	X
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/10/2024 9H30AM	MARIA	BAUTISTA	TIPAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
1721187605			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	PRE	DEF
1.			
2.			
3.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	