

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1309912093	1309912093					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	ZAMBRANO	AUXILIADORA	DEL CARMEN	F	30/09/1977	47	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
0985213888- 0983576301		NO APORTA					MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.								
PROVINCIA		CANTÓN	2. Falta de espacio físico.							
MANABI		ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.							
		ROCAFUERTE	4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.				X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA 47 AÑOS APP: MIOMAS UTERINOS HACE 8 AÑOS G3P3 HV: 3 FUP: 16/2/2001 PF: SBL 20 AÑOS FUM: 30/12/2024 PAP TEST SI, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR MENSTRUACIONES EXCESIVAS CON CICLO REGULAR ACOMPAÑADO DE COAGULOS Y LEVE DOLOR ABDOMINAL

AL EXAMEN FISICO T/A: 125/75 FC: 79XIM T: 36.7C SAT: 99% PESO: 65.8 TALLA 158CM FACIES Y CONJUNTIVAS LIGERAMENTE PALIDAS, MAMAS NO PRODUCTIVAS , ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION RIG: NO SE EVIDENCIAN PERDIDAS VAGINALES MIEMBROS INFERIORES : SIN PATOLOGIA APARENTE

Se solicita valoración por especialista en ginecología

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA 8/1/2025 : UTERO LIGERAMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO , AVF, EN EL CUAL SE IDENTIFICAN DOS IMAGENES REDONDEADAS DE ASPECTO HETEROGÉNEO CON PAREDES DIFUSAS DE 17MMX10MM Y DE 9MMX5MM COMPATIBLES CON MIOMAS

ENDOMETRIO NORMAL

OVARIO DERECHO: PRESENCIA DE DE IMAGEN ÚNICA CON CARACTERÍSTICAS QUISTICAS DE 30MMX17MM COMPATIBLE CON QUISTE SIMPLE

OVARIO IZQUIERDO NORMAL

Recuento de Glóbulos Rojos 4.74 Hemoglobina 10.8 g/dL Hematocrito 36.2 % PLAQUETAS 264000

CREATININA : 0.8MG

FERRITINA: 24.3ug/L

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	MIOMAS UTERINOS	D251		X	4.			
2.	QUISTE SIMPLE	N832		X	5.			
3.	MENSTRUACIONES EXCESIVAS CON CICLO REGULAR	N920		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/01/2025	8H37	MARIA	BAUTISTA	TIPAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA (firmado electrónicamente por:)	SELLO	
1721187605		MARIA FERNANDA BAUTISTA TIPAN		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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