

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			hospital Natalia Huerta Niemes				1310005275			1310005275				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
								H	D	M	A			
VALERIANO	BARCIA		CLAUDIA	MARIA	F	18/10/77	47							
						DERIVACIÓN								
						REFERENCIA	☒							
'00992291078 0968628753						MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE (VALDEZ)	X											

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

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD REFIERE CUADRO CLINICO DE METRORRAGIA DESDE HACE 1 AÑO. AL MOMENTO REFIERE QUE UN MES HA PRESENTADO 3 MENSTRUACIONES CONSECUTIVAS QUE TIENE DURACION DE 3 A 15 DIAS POR LO CUAL HACE 24 HORAS PRESENTO MAREO, CEFALEA, ASTENIA, HIPOREXIA Y DISPESIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ORIENTADA, PALIDEZ MARCADA CON DECAIMIENTO GENERAL. SIGNOS VITALES ESTABLES. AL MOMENTO TIENE UNA SEMANA SIN SANGRADO ACTIVO. SE SUGIERE VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD.

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: SE OBSERVA IMAGEN HIPOECOGENICA, CIRCULAR EN EL FONDO UTERINO A NIVEL SUBCEROSO EN CARA ANTERIOR DE 1.6CM X 1.4CM Y A NIVEL INTRAMURAL OTRA IMAGEN HIPOECOGENICA DE 2.5CM X 1.5CM. UTERO FIBROMATOSO

1.	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N991	X			
3.	LEIOMIOMA SUBSEROZO DEL UTERO	D252	X			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/10/29	11H00		CUADRADO	GAMBOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firmado electrónicamente por: RUTH ALEJANDRINA CUADRADO GAMBOA		SELLO
910337450				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO		
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA					

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

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

1.						
2.						
3.						

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