

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	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1310203637	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Cedeno	Zambrano	Celia	Benilde	F	17/05/1981
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO
0960020329 - 0919474898					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISIA			
Manabí	Flavia Albondón	MSP			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	C. externo	Ginecología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Femenina con APP Directa, Menstrual II, lo cual refiere cuadro clínico de sangrado abundante durante el periodo, lo cual lleva a un diagnóstico de anemia por pérdida sanguínea. Vía vaginal, estable. en tratamiento por anemia, Hemoglobina micrométrica.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Reporte ecográfico: Leiomionoma Uterino. Hemoglobina: 7.78. Hematocrito: 4.71. Hemoglobina: 26.1. Hemoglobina: HbA1C: 6.58%.

E. DIAGNOSTICO

PRELIMINAR	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Leiomionoma del Utero, sin	D222					
2. Otra especificación						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (asignación)	HORA (asignación)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/01/2026		Rómulo	Montalvo	Pulecio
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				
0907077664				
Dr. Rómulo Montalvo Pulecio MEDICINA INTERNA Folio # 2-17-7587				

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 (asignación)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--	--	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--

F. DIAGNOSTICO

PRELIMINAR	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.						
2.						
3.						

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

--	--	--	--	--	--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (asignación)	HORA (asignación)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	