

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1246

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. S TOSAGUA

TIPOLOGIA

TIPO C

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1310241128

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

MEDRANDA

SEGUNDO APELLIDO

SANTANA

PRIMER NOMBRE

DIGNA

SEGUNDO NOMBRE

EMERITA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

22/11/1977

EDAD

48

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0998836310

TIPO DE COBERTURA

NO

REFERENCIA

☒

DERIVACIÓN

☐

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

X

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA

SERVICIO

C. EXTERNA

ESPECIALIDAD

GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SIN APP CONOCIDOS, ACUDE MENCIONANDO QUE SE SIENTE MAL, TRAE CONSIGO ECOGRAFIA LA QUE REPORTA QUISTE MIOMA SUBSEROZO GIGANTE CON MEDIDAS LONGITUD 9.59 CM, TRASNSVERSO 6.95 CM ANTEROPOSTERIOR 6.30 CM. PACIENTE REFIERE ADEMÁS DISURIA IMPORTANTE, TENESMO VESICAL. .AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION

D259

X

4.

2.

5.

3.

6.

FECHA (aaaa-mm-dd)

2026/03/17

HORA (hh:mm)

16:00

PRIMER NOMBRE

YOLANDA

PRIMER APELLIDO

CEDENO

SEGUNDO APELLIDO

CEDENO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1311762940

FIRMA

SELLO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
REG. SENESCYT:

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

☐

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

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)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

4.

2.

5.

3.

6.

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

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA