

DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                         |         |                            |           |                                  |                   |
|-------------------------|---------|----------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | USUARIO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                     | 1314    | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II        |                                  |                   |

PRIMER APELLIDO: **Alvarado** SEGUNDO APELLIDO: **Carreño** PRIMERO NOMBRE: **Iris** SEGUNDO NOMBRE: **Elizabeth** SEXO: **F** FECHA NACIMIENTO: **06/06/88** EDAD: **38** CONDICIÓN EDAD (NARCOS): **H D E A**

NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): **0667008808**

PROVENIENCIA: **Manabí** LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: **Barrio Alto Barrio Alto** PARROQUIA: **Barrio Alto**

REFERENCIA: ☐ DERIVACIÓN: ☒ MOTIVO: ☒ 6. Problemas de abastecimiento. ☒ 7. Insuficiencia de profesionales. ☒ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                         |                    |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO                | ESPECIALIDAD       |
|                         |                          | <b>Consulta Externa</b> | <b>Ginecología</b> |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de **38 años** de edad que llega a esta casa de salud por cursar **cinco meses** de evolución con **sangrado vaginal** y **dolor abdominal** a nivel de **hipogastrio**, sin tratamiento. Necesita valoración por **ginecología**.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

**mioma uterino en ecografía pelvica**

E. DIAGNÓSTICO

| FECHA PRESENTATIVO                              | DEF. OPERATIVO | CS | PRE | DEF      | CS | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------|----------------|----|-----|----------|----|-----|-----|
| 1. <b>Leiomiomatosis uterina, sin neoplasia</b> | <b>0259</b>    |    |     | <b>X</b> |    |     |     |
| 2. <b>especificado</b>                          |                |    |     |          |    |     |     |
| 3.                                              |                |    |     |          |    |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                     |                 |               |                 |                  |
|---------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día) | HORA (hora:min) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| <b>16/01/2026</b>   | <b>10:30</b>    | <b>Tania</b>  | <b>Terreros</b> | <b>Ibarrido</b>  |

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **1722309398**

FIRMA: *[Firma]* SELLO: **Dra. Tania Terreros MEDICO GENERAL CI-1722309398**

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                          |    |    |                          |    |    |
|--------------------------|----|----|--------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA   | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA   | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> |    |    | <input type="checkbox"/> |    |    |

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

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

|                         |         |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|---------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | USUARIO | 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 (año-mes-día) |
|                         |                          |          |                     |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

| FECHA PRESENTATIVO | DEF. OPERATIVO | CS | PRE | DEF | CS | PRE | DEF |
|--------------------|----------------|----|-----|-----|----|-----|-----|
|                    |                |    |     |     |    |     |     |
|                    |                |    |     |     |    |     |     |
|                    |                |    |     |     |    |     |     |

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                     |                 |               |                 |                  |
|---------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día) | HORA (hora:min) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                     |                 |               |                 |                  |

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **1722309398**