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	1410	HAGA	B	1310477060	1310477060

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ZAMBRANO	TAFUR	GEMA	CECILIA	F	24-02-1991	34				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
0967527993	MANABI	BOLIVAR	CALCETA

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura. [X]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [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

CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 34 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD PRIMARIA. CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR METRORRAGIA PERSISTENTE, QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR PELVICO DE MODERADA INTENSIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PAPANICOLAO NO REPORTA ALTERACIONES, BIOMETRIA HEMATICA REPORTA HEMOGLOGINA DE 10 G/DL

ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL REPORTA UTERO AUMENTADO DE VOLUMEN DE ASPECTO MULTILOBULADO Y ESTRUCTURA HETEROGENEA, CON DIMENSIONES DL 9.2 CM, DAP 7.6 CM Y DT7.7 CM, PARA UN VOLUMEN APROXIMADO DE 286 CC.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DERIFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	MIOMA UTERINO	D25		X	4.				
2.					5.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/12/2025	14:00	MAURICIO	VELASQUEZ	VEGA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1312163874		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO			DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DERIFINITIVO

		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
	Firmado electrónicamente por: MAURICIO RENE VELASQUEZ VEGA Validar únicamente con FirmaEC	