

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1310544216	NÚMERO DE ARCHIVO 17249
PRIMER APELLIDO Quiroz	SEGUNDO APELLIDO Quiroz	PRIMER NOMBRE Iveth	SEGUNDO NOMBRE Celia	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 22/12/79
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0983952046		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐		
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Flaco Alto	PARROQUIA Flaco Alto	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 MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Repelón Dávalos	SERVICIO Ginecología	ESPECIALIDAD Ginecología
--------------------------------	--	-------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 40 años con antecedente de hipertensión arterial hace 2 meses en manejo con olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida con sangrado uterino anormal y miomatosis uterina, candidato a histerectomía abdominal se envía para valoración prequirúrgica. En manejo con hematómetros y progesterona.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

3/03/26 → Hb 8.87 Hb 9.00 g/dl PT 574 Gm 88 Col 17+
Tng leucocitos 106 f60 to 167700

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Hipertensión arterial			X	4.			
2. Miomatosis uterina	P1010		X	5.			
3. Sangrado uterino anormal	P25		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aada-mm-aa) 09/04/26	HORA (HH:MM) 13:20	PRIMER NOMBRE Dra. Melany	PRIMER APELLIDO Gallardo	SEGUNDO APELLIDO Jaramillo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312010073	FIRMA 			

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	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 (aada-mm-aa)	#
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------	---

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

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

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

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

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF+ DEFINITIVO	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 (aada-mm-aa)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		