

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			1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1310561962							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
MERO		ZAMBRANO		IRENE		JESSENIA		M	14/11/1983	41				x
						REFERENCIA		DERIVACIÓN	x					
0999413305														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	MANABI		MANABI											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MPS	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN HIPOGASTRIO, ACOMPAÑADO DE SANGRADO TRANSVAGINAL EN PERIODO DE MENSTRUACION DE FORMA EXCESIVA

6	HEMOGLOBINA 12 BLANCOS 7.98 NEUTROFILOS 60 PLAQUETAS 245 ECOGRAFIA: MIOMA UTERINO DE 23MMX12MM
---	--

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION			D259		X	4.					
2.							5.					
3.							6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
.2025/08/08	14:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
CEDULA		FIRMA		SELLO
1310630817				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN															
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA						X		REFERENCIA INVERSA							

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAPECIPE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES			

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= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

C. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAPECIEBRE

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	