

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1310642648								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEVALLOS		SORNOZA		JESSICA		MARIA		F	06/02/1981	45	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		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					
0984030113- 0992415494		MSP	CERRO DE JUNIN		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	JUNIN		JUNIN						X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

MSP	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA
-----	------------------	-------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD, APP: NIEGA, APF: MADRE HIPERTENSA, AGO: G7P3C3A1, ACUDE A CONSULTA POR ANTECEDENTE DE SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE INICIADO EL 22 DE ENERO DEL 2026, CON DURACIÓN APROXIMADA DE 15 DÍAS, CUADRO QUE FUE MANEJADO EN OTRA CASA DE SALUD CON ÁCIDO TRANEXÁMICO, LOGRANDO CONTROL DEL SANGRADO. REFIERE ASTENIA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. ÚLTIMA MENSTRUACIÓN HACE 5 DIAS FUE DE CARACTERÍSTICAS NORMALES EN CANTIDAD Y DURACIÓN. SE RECIBE RESULTADO DE ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL Y EXÁMENES DE LABORATORIO (BIOMETRÍA HEMÁTICA Y COMPLEMENTARIOS)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE EVIDENCIA UTERO EN ANTEVERSION, AUMENTADO DE TAMAÑO, HETEROGENEO DADA POR LA PRESENCIA DE LEIOMIOMA LOCALIZADO EN CARA POSTERIOR CON ESCAZA VASCULARIZACION QUE COMPRIME ENDOMETRIO COMPATIBLE CON LEIOMIOMA INTRAMURAL UTERINO Y QUISTE DE NABOTH.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251		X	4.			
2.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/03/17	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			

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				SELLO			