

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		1246	CS TOSAGUA		C	1311001612		1311001612						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
TORRES		FIGUEROA		KARINA		MARIA		F	24/01/1983	41	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0980087517 - 0989029681		NO REGISTRA		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA				CANTÓN		X		8. Inadecuada capacidad resolutiva						
MANABÍ				TOSAGUA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON APP DE MIOMA UTERINO DE +/- 3 AÑOS DE EVOLUCION, EL CUAL HA SIDO VALORADA POR ESTA ESPECIALIDAD CON POSIBLE TRATAMIENTO QUIRURGICO, EL CUAL NO SE HA DADO POR FALTA DE "QUIROFANO DISPONIBLES". PRESENTA CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES, DE +/- 10 DÍAS DE DURACIÓN. FUM: 22/12/2025. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

Hb: 11.8 mg/dl, Hcto: 36%, Hematies: 4.1 x10⁶/L, Plaquetas: 311 mmc, Leucocitos: 9.0 mmc. (Lin 31, Seg 62, Mon 3, Eos 4, Bas 0.0. UROANALISIS: PROTEÍNA: 100mg/dl, GLUCOSA: Negativo. SANGRE +++ Leu 5-10 xc/; Ert: 30-40xc/; Cel Epi: algunas; Bacterias: ++; MOCO: ++++; Cilindros GRANULOSOS ESCASOS, Cilindros HALINOS: ESCASOS.

ECOMEDIC: MIOMETRIO HOMOGENEO A NIVELÑ DE CARA POSTERIOR HACIA ENDOMETRIO SE OBSERVA IMAGEN NODULAR HETEROGENEA DE 47 x 44 mm, SUGESTIVO A MIOMA INTRAMURAL TIPO 3.

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	
22/12/2025	3.45 pm	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	