

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			ROCAFUERTE	B	1311370132		1311370132											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
RIVADENEIRA		PARRAGA		ANGELA		YAHAIRA	f	19 junio	45	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN											
0968275398		NO TIENE																
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.														
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.										
MANABI				ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		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										X
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSP. NAPOLEON DAVILA DE CHONE		CLINICO QUIRURGICO		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE SANGRADO TRANSVAGINAL ABUNDANTE , DISMENORREA, PERIODOS REGULARES CON SINTOMATOLOGIA ANTES DESCRITA, ACOMPAÑADO SUS DISMENORREAS DE NAUSEAS Y VOMITOS, AL EXAMEN FISICO LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

A LA ECOGRAFIA SE EVIDENCIA MASA DE ASPECTO ELONGADO, CONTORNO REGULAR QUE MIDE 5 CENTIMETROS , SUGESTIVA DE POLIPO.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	POLIPO ENDOCERVICAL		N841		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
11/5/2024	9:20	MARIA		MUÑOZ		ALCIVAR	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1311713919							

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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	