

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                                   |         |                   | CENTRO DE SALUD TIPO C TOSAGUA | C             | 1311370132                       |            | 1311370132        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |  |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                                | PRIMER NOMBRE |                                  | SEXO       | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                     |  |
| RIVADENEIRA                           |         | PARRAGA           |                                | ANGELA        |                                  | Y          | 19 junio          | 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div><div>H</div><div>D</div><div>M</div><div>A</div></div> |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                                | REFERENCIA    | X                                | DERIVACIÓN |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |  |
| 0968275398                            |         | NO TIENE          |                                |               |                                  |            |                   | <div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive.</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div></div> |                                                             |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                                |               |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA         |                                |               |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |  |
| MANABI                                | TOSAGUA | TOSAGUA           |                                |               |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |  |

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 CLINICO

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= DEFINITIVA | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|---------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | POLIPO ENDOCERVICAL |                 | N841 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. |                     |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                     |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                                                                                                                                    |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO                                                                                                                    | SEGUNDO APELLIDO |
| 11/5/2024                             | 9:20            | MARIA         |  | MUÑOZ                                                                                                                              | ALCIVAR          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO                                                                                                                              |                  |
| 1311713919                            |                 |               |  | <div><div></div><div>Validar únicamente en FirmaEC.<br/>Firmado electrónicamente por:<br/>MARIA GABRIELA MUÑOZ ALCIVAR</div></div> |                  |

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVA | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |  |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |  |                 |                  |