

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                                   |                  | 1413                             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II                                                      | 1311484982                       |                   |      |                         |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    |                            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |
| CORNEJO                               | CASTILLO         | DAYSI                            |                            | MARIA                                                   | F                                | 01/07/1988        | 38   | H                       | D |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                       |                            | DERIVACIÓN                                              |                                  |                   |      |                         |   |
| 0-98 556 5595                         |                  | x                                |                            |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                            | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                   |      |                         |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | 2. Falta de espacio físico.      |                            | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                   |      |                         |   |
| MANABI                                | FLAVIO ALFARO    | 3. Falta de equipamiento.        |                            | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  | X                 |      |                         |   |
| PARROQUIA                             |                  | 4. Equipos en mal estado.        |                            | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  | X                 |      |                         |   |
| FLAVIO ALFARO                         |                  | 5. Problemas de infraestructura. |                            |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS EDAD. APP HTA CONTROLADA . MOTIVO CONSULTA HEMORRAGIA VAGINAL DE MODERADA CANTIDAD, DE COLOR ROJO OSCURO ACOMPAÑADO DE DOLOR PELVICO CÓLICO. REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. EXAMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOR RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES SPA NO EDEMAS . SIGNOS VITALES P/A 129/78MMHG SAT98% FC78 FR19 T36.8 GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REQUIERE VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA.

E. DIAGNÓSTICO

|                                                  |       |     |     |    |     |     |     |
|--------------------------------------------------|-------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO               | CIE   | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. HEMORRAGIA VAGINAL O UTERINA NO ESPECIFICADA. | N39.9 |     | 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 |
|                                       | 8am                      | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                    |               | SELLO           |                  |
| 1312022369                            | Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA |               |                 |                  |

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