

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1311488314								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMBRANO	GRANJA		MARÍA		LILIANA		F	20/10/1982	42	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0994743562 / 0983285212		No se Encuentra		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutive			X			
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X				

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD, CON AQX. HACE 2 AÑOS DE COLECISTECTOMIA, ACUDE POR MALESTAR GENERAL, MAREOS, FATIGA, DISNEA Y MENSTRUACIONES EXCESIVAS DE MAS DE 8 DIAS DE DURACIÓN DESDE HACE APROXIMADAMENTE DOS AÑOS...ADEMAS REFIERE ANTECEDENTES DE MIOMAS UTERINOS... SE REVISAN LABORATORIOS DEL 8/01/2025 DONDE ESE EVIDENCIA: HEMOGLOBINA 5.8, PLAQUETAS 209... SE INDICÓ TRATAMIENTO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS COMO ECO POR ELLOS SE I/C.- CON GINECOLOGIA PARA RE-EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEFINITIVO.

En rastreo ecografico TV impresionan dos masas una más hipocogénica que otra de 2.4 x2.5 cm de diámetro... por lo que requiere estudios especializados....

1	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259	X		4			
2	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N921		X	5			
3	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/12/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				MEDICO FAMILIAR

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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