

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	4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1312014077	1312014077										
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
VELASQUEZ	PALMA	JESSICA	ELENA	F	15/10/1984	40	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO									
0982619396 - 0994154341	MSP					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA													
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOS NAPOLEON DAVILA CORDOVA DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD SIN APP NI APFREFIERE NO PRESENTAR ALERGIAS AGO G4P3C0A1 ACUDE A CS ROCEFUERTE PARA REVISION DE EXAMENES DE CONTROL Y PARA SOLICITAR SALPINGECTOMIA BILATERAL POR CONCEPTO DE PARIDAD SATISFECHA AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ASINTOMATICA ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS ACTIVA COLABORADORA AL INTERROGATORIO EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO DE CONTROL SE ENCUENTRA HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA PARA LO CUAL SE INDICA SIMVASTATINA 40 MG CADA 24 HRS DESPUES DE MERENDAR POR 30 DIAS ADEMAS DE IVU NO ESPECIFICADA SE INDICA CIPROFLOXCINO 500 MG CADA 12 HRS POR 7 DIAS PACIENTE REFIERE HABER TOMADO DE MANERA ADECUADA LA MUESTRA SIN EMBARGO SE LE INDICA ORDEN DE UROCULTIVO SV PA 110/80 PESO 63,4 KG TALLA 149 CM T 35,9°C SPO1 97%

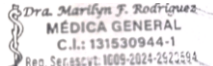
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

11-04-2025 = - HB 12.8 - HCTO 39.7 - PQT 370 - PCTO 0.39 - GLOB BLANCOS 9.02 - LINF 30.4 - NEUTROF 63.5 - MONO 4.5 - EOS 1.5 - BASOF 0.1 // GLUCOSA 94.9 - UREA 16.9 - *AC URICO 1.97 COLESTEROL 196.1 - *TRIGLICERIDOS 204.1
- *LDL 40.82 - *BUN 7.89 // ENZIMAS HEPATICAS N/A // MACROSCOPICO = AMARILLO TURBIO NITRITOS POSITIVOS Y RESTO DE PARAMETROS NEGATIVOS // MICROSCOPICO = LEUCOS 0-2 CEL EPITELIALES 1-3 BACTERIAS ++++

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACIÓN (PARIDAD SATISFECHA)		Z302		X	4.			
2.	IVU NO ESPECIFICADA		N390		X	5.			
3.	OTRA HIPERLIPIDEMIA (HIPERTRIGLICERIDEMIA)		E784		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/6/2025	14:15	MARILYN	RODRIGUEZ	FORTIS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
131530944-1		 Firmado electrónicamente por: MARILYN FERNANDA RODRIGUEZ FORTIS		

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	