

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1312225939							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CANO	ANCHUNDIA	ANGELICA	MARÍA	F	23/03/1987	37	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0987094967 / 0979148815	Afiliado Seguro Campesino		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
		2. Falta de espacio físico.									
		3. Falta de equipamiento.									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	5. Problemas de infraestructura.								
				6. Problemas de abastecimiento.							
				7. Insuficiencia de profesionales.							
				8. Inadecuada capacidad resolutiva		X					
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 37AÑOS, REFIERE CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES CON ABUNDANTE SANGRADO HIPERPOLIMENORREA
APP: MIGRAÑA, APQx. III CESAREAS ANTERIORES AL EX. FISICO: IMC: 35. CICATRIZ Qx MEDIAL INFRAUMBILICAL. MUCOSAS HIPOCROMICAS, SIGNOS VITALES NORMALES.
AL RASTREO ECOGRAFICO UTERO LEVEMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO CON LONGITUD: 8CM. ANCHO 6CM Y AP 5CM...
LLAMA LA ATENCIÓN ??
POR ELLO SE INDICA ECOGRAFIA GINECOLÓGICA E I/C.- CON GINECOLOGO PARA SU ADECUADA RE-EVALUACIÓN...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AI RASTREO ECOGRAFICO LLAMA LA ATENCIÓN MASA DE 2.5 x 2.6 cm DE DIAMETRO... DE PROLONGACIÓN DE MIOMETRIO QUE IMPRESIONA MIOMA SUBSERO...?

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. MENSTRUACIÓN EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N921		X	4.			
2. LEIOMIOMA DEL UTERO,	D252	X		5.			
3. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/01/2025	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1803403326	Firmado electrónicamente por: LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO		MEDICO FAMILIAR	

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	