

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	1312433459		1312433459					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BAZURTO		ESPIÑOZA		MARITZA		GENITH	F	31/07/1987	38	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0964218034 - 0963176821		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.				
				3. Falta de equipamiento.		X			8. Inadecuada capacidad resolutiva				
				4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
				5. Problemas de infraestructura.									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ	TOSAGUA		TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON AP DE SALUD APARENTE, REFIERE MENSTRUACIONES ABUNDANTES, DE +/- UN AÑO DE EVOLUCION, FUM: 29/10/2025. AGO: G2 P0 C2 A0. CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES, 5/25-35 DIAS, REFIERE CAMBIAR TOALLAS SANITARIAS FEMENINAS CON SANGRADO ABUNDANTE 4 VECES AL DÍA, LOS PRIMEROS DIAS DE LA MENSTRUACION, ADEMAS DE SOFOCOS, SENSACION DE ANGUSTIA Y DEPRESION, ADEMAS DE CEFALEA Y DOLOR DE LOS SENOS INTENSO ANTES DE LA MENSTRUACION, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

ECO 29/10/2025: ÚTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HOMOGENEA DE ASPECTO FIBROSO, SE OBSERVA UNA IMAGEN NODULAR QUE CORRESPONDE A MIOMA SUBMUCOSO. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO. OVARIO DERECHO NORMAL. OVARIO IZQUIERDO NORMAL. FONDO DE SACO DE DOUGLAS NORMAL. CUELLO UTERINO NORMAL. IDx: ÚTERO FIBROMIOMATOSO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
11/11/2025	2.50pm	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	