

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                   |                              |                                  |                                  |                   |      |                                                         |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|------|---------------------------------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICODIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                                                         |
| MSP                                   | 4443              | CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE   | B                                | 1313446179                       | 1313446179        |      |                                                         |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD                                          |
| LOOR                                  | CEDEÑO            | NOEMI                        | ARACELY                          | F                                | 25/01/1989        | 35   | X                                                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                   | DERIVACIÓN                       |                                  |                   |      |                                                         |
| 990726197                             | NO APORTA         | A                            | MOTIVO                           |                                  |                   |      |                                                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  |                                  |                   |      |                                                         |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                    | 2. Falta de espacio físico.      |                                  |                   |      | 6. Problemas de abastecimiento.                         |
| MANABI                                | ROCAFUE           | ROCAFUERTE                   | 3. Falta de equipamiento.        |                                  |                   |      | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |
|                                       | RTE               |                              | 4. Equipos en mal estado.        |                                  |                   |      | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |
|                                       |                   |                              | 5. Problemas de infraestructura. |                                  |                   |      | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                    |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD       |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | GINECO-OBSTETRICIA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA 35 AÑOS PACIENTE FEMENINA 35 AÑOS G2P2C0A0 FUM: 17/7/2024 PLANIFICACION FAMILIAR MICROGYNON , ACUDE CON RESULTADOS DE ECOGRAFIA QUE INDICAN : UTERO AVF EN SU INTERIOR SE IDENTIFICA IMAGEN REDONDEADA COMPATIBLE CON MIOMA (17X14MM) , ANEXOS OVARIO DERECHO E IZQUIERDO CON PRESENCIA DE FOLICULOS VS QUISTES...

PACIENTE LUCIDA , CONSCIENTE , ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA , T/A: 104/66 FC :69 X MIN SATOX: 99% FR 19 X MIN T: 36,5C

FACIES Y CONJUNTIVAS LIGERAMENTE PALIDAS , MAMAS MEDIANAS SIMETRICAS NO PRODUCTIVAS ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE POCO DOLOROSO

A LA PALPACION AFU NO PALPABLE RIG :NO SE EVIDENCIAN PERDIDAS VAGINALES . MIEMBROS INFERIORES SIN PATOLOGIA APARENTE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE SOLICITAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | PRE | DEF |
| 1. MIOMA UTERINO                   |     |     |
| 2.                                 |     |     |
| 3.                                 |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                                                                                |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | PRIMER NOMBRE                                                                  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 18/11/2024                            | MARIA                                                                          | BAUTISTA        | TIPAN            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                          | SELLO           |                  |
| 1721187605                            | <div>Firmado electrónicamente por:<br/>MARIA FERNANDA<br/>BAUTISTA TIPAN</div> |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |                        |    |
|------------------------|----|------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |
|------------------------|----|------------------------|----|

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICODIGO | 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 | PRE | DEF |
| 1.                                 |     |     |
| 2.                                 |     |     |
| 3.                                 |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA