

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                          |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   | O04443           | ROCAFUERTE               | B              | 1313584482                       | 1313584482                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CHAVEZ                                | ZAMBRANO         | GEMA                     | PATRICIA       | F                                | 31/01/1990                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 35   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA        | REFERENCIA     | DERIVACIÓN                       | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                         |   |   |   |
| O985997153                            |                  | SEGURO CAMPESINO         |                |                                  | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>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                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 35 AÑOS ACUDE POR SOLICITAR SALPINGECTOMIA . GESTA (3); ABO (0); PARA (3); CESAREA (0). FUM (NO REFIERE). ANTECEDENTES FAMILIARES (DEABETES: MAMA Y PAPA); HIPERTENSION ARTERIAL (MAMA Y PAPA). ANTECEDENTES PERSONALES (SP); AL EXAMEN FISICO: CABEZA (SP), CUELLO (SP); EXTREMIDAD SUPERIOR E INFERIOR (SP); SE SOLICITA ATENCION EN EL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO NO PRESENTA EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                 |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | ESTERILIZACION  | Z302 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                       |                 |               |                 |                  |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd) | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 10/03/2025            | 9:00            | LAURA         | LOMAS           | CONSTANTE        |
|                       |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| O912159316            |                 |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA       |    |    | REFERENCIA INVERSA     | X  |    |

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

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |