MINISTERIO DE SALUD PUBLICA — **COORDINACIÓN ZONAL 4**

TRIMESTRE 1 : 22 CHAGAS : NEGATIVO

N
E

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**	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	**1316461852**	**1316461852**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
TOALA	RODRIGUEZ	JENIFER	CRISTINA	F	30/03/2000	24				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0963397770-0984813873	NO APORTA

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE

REFERENCIA X **DERIVACIÓN** [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura. [ ]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
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 NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA 24 AÑOS G1C1 HV: 1 FUM: 5/1/2025 ACUDE POR PRESENTAR SANGRADOS VAGINALES DOS VECES EN EL MES DE FORMA ESCASA. ACTUALMENTE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR : ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (5/1/2025)

AL EXAMEN FISICO : T/A: 100/61 FC: 78XMIN SATO X: 97% PESO: 57.8 TALL: 162CM FACIES Y CONJUNTIVAS ROSADAS , MAMAS NO PRODUCTIVAS , MEDIANAS SIMETRICAS , ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION AFU NO PALPABLE RIG, NO SE EVIDENCIAN PERDIDAS VAGINALES, MIEMBROS INFERIORES SIN PATOLOGIA

Se solicita valoración por especialista en ginecologia

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA 9/1/2025 : UTERO EN AVF: PRESENCIA DE IMAGEN HIPOECOGENICA CIRCULAR LOCALIZADA EN FONDO DE UTERO A NIVEL SUBSEROSO DE APROX 2.6CMX2.5CM PRESENTA FLUJO SANGUINEO

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	MIOMA UTERINO	D252		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
22/01/2025	14H19		BAUTISTA	TIPAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1721187605	Firmado electrónicamente por: MARIA FERNANDA BAUTISTA TIPAN	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÒN 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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

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