

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1350993273	1350993273		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SE XO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN
PARRAGA	PARRAGA	GEMA	GUADALUPE	F	02/03/1997	27	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO		
0990196699-0999666573		NO APORTA		X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.				
MANABI	ROCAFUERT	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.				
			4. Equipos en mal estado.				
			5. Problemas de infraestructura.				
			6. Problemas de abastecimiento.				
			7. Insuficiencia de profesionales.				
			8. Inadecuada capacidad resolutive				
			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 DE 27 AÑOS GIA0C1P0 FUM: 18/3/2024 APP: NO REFIERE ALERGIAS NINGUNA AOX: EXTIRPACION DE UTERO Y OVARIO DERECHO DEBIDO A CESAREA DE EMERGENCIA POR COMPLICACION OBSTETRICA Y FETAL (13/1/2024)

PACIENTE LUCIDA , CONSCIENTE , ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA , T/A: 104/70 FC :83 X MIN SATOX: 99% FR 19 X MIN T: 36,9C PESO: 53.9KG TALLA: 137.5

PACIENTE PRESENTA MENSTRUACION POR LO Q ACUDE PARA VALORACION ECOGRAFICA DURANTE 3 OCASIONES DONDE INDICAN LA PRESENCIA DE UTERO , ADEMAS DE MIOMA UTERINO. A LA PALPACION BIMANUAL , NO SE PALPA CONSIDERABLEMENTE UTERO NI ANEXOS POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

23/02/2024 ECOGRAFIA: CUERPO UTERINO ANTEROINFERIOR HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA, RE BORDES IRREGUIARES, CONTENIDO INTERNO DISCRETAMENTE HETEROGENEO SUGESTIVO A MIOMA INTRAMURAL VOL.0.35CC, CERVIX QUISTE DE NABOTH, FDS, PRESENCIA DE LIQUIDO ANEXOS : TAMAÑO CONSERVADO IDX: MIOMA INTRAMURAL Y ANEXOS DE ASPECTO FOLICULAR.

25/3/2024 ECOGRAFIA 2: UTERO EN ANTEROVERSOFLEXION, DE CONTORNOS REGULARES Y ECOGENICIDAD HOMOGENA- DIAMETRO: 5.7CMX 2.3CM ANTEROPOSTERIOR Y TRANSVERSO DE 3.1CM , ENDOMETRIO 0.3CM , CERVIX NORMAL Y NO SE OBSERVAN MASAS UTERINAS OVARIO IZQUIERDO: 2.6CMX2.1CMX2.3CM VOLUMEN 7.19CC PRESENCIA DE 7IMAGENES

09/02/2024 ECOGRAFIA 3: UTERO DE TAMAÑO DISMINUIDO, ANTEROVERSO, TEXTURA HETEROGENEA SE IDENTIFICA EN SU INTERIOR PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA DE ASPECTO HETEROGENEO CON PAREDES BIEN DEFINIDAS MEDIDASDE 15X12MM COMPATIBLE CON MIOMA OVARIO DERECHO NO SE VISUALIZA OVARIO IZQUIERDO 26MMX16MM CON PRESENCIA DE FOLICULOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	PRE	DEF
1. MIOMA UTERINO	D252 X	
2.		
3.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/10/2024 8H37AM	MARIA	BAUTISTA	TIPAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FIRMA	SELLO	
1721187605	Firmado electrónicamente por: MARIA FERNANDA BAUTISTA TIPAN		

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	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	PRE	DEF
1.		
2.		
3.		

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FIRMA	SELLO	