

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MACIAS	CARMEN ALEXANDRA	09	06	1977	47 años, 4 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0802009969	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BENITO SANTOS MACAY y 9 DE OCTUBRE	095-975-2602 / (05)-236-0945
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	0802009969	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	11	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS CON ANTECEDENTES DE MIOMAS Y DE MIOMECTOMIA HACE 5 AÑOS , ACUDE PARA REALIZAR REVISION DE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL ENVIADA PREVIAMENTE. AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA QUE HA EMPEORADO, CUADRO CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR PELVICO INTERMITENTE DE MODERADA INTENSIDAD Y QUE TAMBIEN LE GENERA MOLESTIAS GASTROINTESTINALES DEBIDO AL TAMAÑO, NIEGA OTROS SINTOMAS . AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN PATOLOGIAS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO: DIAMETROS LIGERAMENTE AUMENTADOS - ENDOMETRIO MIDE 8MM - ECOGENISIDAD HETEROGENEA SE OBSERVAN - MASAS EN NUMERO DE 2 BORDES REGULARES COMPATIBLE CON POSIBLE MIOMA - SE OBSERVAN QUISTES DE NABOTH A NIVEL DEL CUELLO UTERINO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-06	09:11	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-06	09:11	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

