

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	CARMEN MARILYS	06	10	1974	50 años, 2 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0917482903	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	WALTON GARCIA y	096-951-9577 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0917482903	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	12	12	
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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD. APP: EPILEPSIA (ULTIMO EPISODIO CONVULSIVO HACE 3 AÑOS) . AQX: CESAREA. AA: NO REFIERE. ACUDE A ESTA U.O POR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO OPRESIVO EN REGION PELVICO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR. AL MOMENTO ACTIVA REACTIVA. EXAMEN FISICO: ANDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN REGION HIPOGASTRICA. PRESENTA ECOGRAFIA DEL 10/12/2024 LA CUAL REPORTA: VEJIGA: PAREDES HIPERECOGENICAS, BUENA REPLECION, EN LA PARED ANTERIOR SE VISUALIZA MASA DE ASPECTO REDONDEADO, DE CARACTERISTICA HIPERECOGENICA, QUE DEJA AMPLIA SOMBRA ACUSTICA. ID PRESUNTIVO: LEIOMIOMA. SE REALIZA REFERENCIA HOPS DAVILA CORDOVA CHONE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VEJIGA: PAREDES HIPERECOGENICAS, BUENA REPLECION, EN LA PARED ANTERIOR SE VISUALIZA MASA DE ASPECTO REDONDEADO, DE CARACTERISTICA HIPERECOGENICA, QUE DEJA AMPLIA SOMBRA ACUSTICA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-12	09:09	Medicina Rural	ELIECER XAVIER ANDRADE CEVALLOS	1313019422	

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
2024-12-12	09:09	Medicina Rural	ELIECER XAVIER ANDRADE CEVALLOS	1313019422	

