

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
YUPANQUI	HERAS	MILDRE IVON	16	07	1984	40 años, 4 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0924183452	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO CULEBRA y	097-895-3332 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0924183452	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	12	11
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 DE 40 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE ACUDE POR PRESENTAR ALTERACIÓN EN CICLO MENSTRUAL, SANGRADO POR 7 -8 DÍAS INTERMITENTE, DISPANEURIA. SE REALIZA ECOGRAFIA QUE REPORTA: LEIOMIOMATOSIS UTERINA, MIOMA INTRAMURAL, QUISTE DE NABOTH, POLIQUISTOSIS OVARICA UNILATERAL IZQUIERDA. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB:11.4. HTO: 35.8%. VCM:82. PLAQUETAS: 269. GLUCOSA: 106. TGO:17. TGP: 15. PCR: 2.2
ULTRASONIDO: UTERO: PARÉNQUIMA MIOMETRAL DE ECOESTRUCTURA HETEROGENEA, SE EVIDENCIA IMAGEN HIPOECOGENICA QUE AL ECODOPPLER SE EVIDENCIA VASCULARIZACION PERIFERICA, MEDIDAS APROXIMADAS: 1.01X1.12X0.73 CM. VOLUMEN: 0.46 ML
CUELLO PRESENCIA DE IMAGEN QUISTICA QUE GENERA REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR DE MEDIDAS: 3.34CM, 2.38 CMX2.81.
VOLUMEN: 11.69.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-11	13:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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