

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MOREIRA          | PIN              | MARIA CONCEPCION | 12                  | 10  | 1976 | 48 años, 0 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307564888        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MIRAFLORES y SN              | 098-431-3122 /       |
| 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                 | 1307564888      | 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 | 10    | 24  |  |
| 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

control de estudios y ecograficos para valoración y revisión. refiere sangrado menstrual excesivo y abundante desde hace 14 años se correlacona la presencia de anemia crónica moderada mas presencia de imágenes en submucosa del útero compatible con leiomiomas. refiere que no quiere operarse y que va a esperar que se culmine la regla, solo viene para el tratamiento con la anemia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: leucocitos 6720, hematies 44700000, hb 9.4 gramso por dl hematocirito 28.6 plaquetas 4620000 ULTRASONIDO: utero aumentado de tamaño heterogeneo se observan 5 imagenes nodulares que correponden a miomas subomucosas de aspecto fibroso, endometrio proliferativo, ovario derecho e izquierdo de eco estructura normal, fondo de saco douglas libre, cuello uterino se observan 5 iamgenes quisticas

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------|--------|-----|-----|
| LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO | D250   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-10-24 | 10:55 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-10-24 | 10:55 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |

