

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA	QUIIJE	JENNY MARGARITA	25	07	1976	48 años, 4 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307632693	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOMAS DE LOS MUERTOS y	096-941-8402 / (99)-999-9999
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	1307632693	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	12	05	
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 consulta por resultado de ecografia transvaginal realizada el 2/12/2024 reporta mioma de 17mm x 13mm, refiere menstruaciones abundantes acompañadas de coagulos , mas dolor en hipogastrio , indica ademas presentar este año ciclos amenorreicos de 3 a 4 meses de evolución, examen físico general normal, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda, se refiere a segundo nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: ASTO SEMICUANTITAVO 104.00 [0 - 200] PCR SEMICUANTITATIVO 4.90 [0 - 6] QUIMICA: HELICOBACTER PYLORI EN HECES POSITIVO QUIMICA: GLUCOSA 92.40 mg / dL [75 - 115] TGP/ALT * 35.00 U / L [0 - 32] COLESTEROL TOTAL * 217.00 mg / dL [0 - 200] TRIGLICERIDOS * 182.00 mg / dL [0 - 150]

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-05	09:45	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A

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
2024-12-05	09:45	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	