

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |              |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| VERA             | MANTILLA         | GLENDY NANCY | 01                  | 02  | 1976 | 49 años, 5 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                              |                      |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308489820        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | JARDINES DEL INCA y          | 099-427-5155 /       |
| 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                 | 1308489820      | 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 | 2025  | 07  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE INDICA QUE HACE 12 DÍAS PRESENTO SANGRADO VAGINAL, CON HEMOGLOBINA DE 8, L CUAL LA LLEVO A EMERGENCIA DONDE ESTUVO EN OBSERVACIÓN POR 24 HORAS Y LE ADMINISTRARON 2 PAQUETES GLOBULARES DE SANGRE DEBIDO A LA LA HEMOGLOBINA TAN BAJA Y POR EL SANGRADO VAGINAL QUE PRESENTABA. TIENE ECOGRAFIA DEL 7/7/2025 QUE REPORTA A NIVEL DE MIOMETRIO IMAGEN OCUPATIVA DE ESPACIO EN RELACIÓN A MIOMA UTERINO INTRAMURAL QUE MIDE 27.92 X 25.92MM, SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA CAPTACIÓN DE FLUJO DOPPLER HACIA LA PERIFERIA EL MIOMA, CLASIFICACIÓN FIGO 4. PACIENTE QUE MANTIENEN CICLOS MENSTRUALES REGULARES BAJO MEDICACIÓN QUE MANTIENE PERO ESTE SANGRADO SE MANTIENE DE 8 A 10 DÍAS . PERO EN ESTA OCASIÓN EL SANGRADO NO HA CESADO, ACTUALMENTE HA DISMINUIDO UN POCO EN CANTIDAD PERO MANTIENE LA PRESENCIA DE COÁGULOS.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DEL 7/7/2025 QUE REPORTA A NIVEL DE MIOMETRIO IMAGEN OCUPATIVA DE ESPACIO EN RELACIÓN A MIOMA UTERINO INTRAMURAL QUE MIDE 27.92 X 25.92MM, SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA CAPTACIÓN DE FLUJO DOPPLER HACIA LA PERIFERIA EL MIOMA, CLASIFICACIÓN FIGO 4.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-15 | 09:15 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-15 | 09:15 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |

