

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | SOLORZANO        | CIELO DEL CARMEN | 04                  | 09  | 1974 | 51 años, 3 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        | 1308778479        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA BOYACA y                 | 099-549-0103 / (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                 | 1308778479      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 12  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, AQX: CESAREA (2), LIGADURA, APF PAPÁ Y HERMANO MENOR HTA, HEMRANO MAYOR IAM. AA: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISIÓN DE XÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 12/06/2025 EN LOS CUALES SE EVIDENCIA: RBC 4.78 HB: 12.3 HTO: 39.2 VCM: 82.1 HCM: 25.7 PLT: 306 WBC: 5.09 LINF# 1.52 NEU#: 3.04 GLUC 90.4 TGO: 36.58 TGP: 44.77 H PYLORI NEG EMO: NITRITOS NEG LEUCOS 2-3XC HEMATIES 3-4XC MOCO ++ BACTERIAS +. A SU VEZ ACUDE CON ECOGRAFÍA REALIZADA EL 09/07/2025 EN LA CUAL SE REPORTA: UTERO DE TAMAÑO NORMAL CON PRESENCIA DE 3 MIOMAS DE 4MM, ENDOMETRIO FINO, SACO DE DOUGLASS SIN LÍQUIDO, CERVIX NORMAL , OVARIO DERECHO SPA, OVARIO IZQUIERDO PRESENCI DE DOS QUISTES DE 2MM. REFIERE DISURIA DE 1 MES DE EVOLUCIÓN QUE SE ACOMPAÑA DE PUJO Y TENESMO VESICAL. ADEMÁS REFIERE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMNETE ESTABLE, COLABOR CON INTERROGATORIO//0995490103//0987543904

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFÍA REALIZADA EL 09/07/2025 EN LA CUAL SE REPORTA: UTERO DE TAMAÑO NORMAL CON PRESENCIA DE 3 MIOMAS DE 4MM

## 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-12-18 | 10:54 | Medicina Rural | DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ | 1350190912 |       |

## 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 clínico

### 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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

