

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	MUÑOZ	SANTA MARIBEL	22	03	1978	46 años, 7 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309433223	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 2 y X	098-371-5731 /
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	1309433223	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	11	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☒

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☐

Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 46 AÑOS 6 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR ESTUDIO ECOGRAFICO UTERINO QUE INDICA PRESENCIA DE IMAGENES EN NUMERO DE 5 DE ASPECTO REDONDEADOS MINIMAMENTE VASCULARES AL DOPPLER, CON BORDES DISCRETAMENTE IRREGULARES, SUGESTIVAS DE MIOMAS INTRAMURALES CON VOLUMENES APROXIMADOS DE 4.97, 3.73, 3.44 Y 4.97 AL MOMENTO DEL ESTUDIO, ADEMAS REFIERE METRORRAGIAS NO ACORDE A SU MENSTRUACION MAS DOLOR EN AREA PELVICA, ACTIVA ELECTIVA COCIENTE CONGRUENTE, SOLICITA REFERENCIA PARA SEGUNDO NIVEL PARA VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO URICO 2.6; COLESTEROL 199; HDL 56, LDL 130; TRIGLICERIDOS 64

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-18	05:52	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2024-11-18	05:52	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	