

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DELGADO	ZOILA ESTELBINA	26	12	1977	46 años, 9 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309596102	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	14 DE AGOSTO y 14 DE AGOSTO	099-076-0311 / (99)-999-9999
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	1309596102	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	2024	10	25
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 DE 46 AÑOS G2C2A0, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50 MG VO QD. ACUDE POR CONTROL, MENCIONA ALTERACION EN EL FLUJO MENSTRUAL DURACIÓN DE 8 DIAS, MAS DISMENORREA INTERMENSTRUAL, DURACION DEL CICLO 30 DIAS. PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA MIOMA UTERINO. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION POR GINECOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA GINECOLOGICA: UTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HOMOGENEA SE OBSERVA IMAGEN NODULAR CENTRAL QUE CORRESPONDE A MIOMA SUBMUCOSO. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO, OVARIOS NORMALES, FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE. CUELLO UTERNIO NORMAL. ID: MIOMA UTERIO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-25	09:39	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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
2024-10-25	09:39	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	