

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MERO             | LOOR             | YENNY SORAYA | 17                  | 12  | 1977 | 47 años, 9 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309630273        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | PUERTO ARTURO y              | 097-903-9468 /       |
| 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                 | 1309630273                               | SAN ANTONIO              | 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           | 09  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON AGO GESTAS 2 ABORTOS 0 CESAREAS 0 PARTOS 2 NO SALPINGECTOMIA; ACUEDE POR PRESENTAR DE 12 AÑOS DE EVOLUCIÓN CON SANGRADOS UTERINOS DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES PRESENTA 3 DÍAS ABUNDANTES 3 TOALLAS NOCTURNAS Y POSTERIOR A ESOS DÍAS 10 DÍAS DE ELIMINACIÓN DE CÒAGULOS, YA HA ESTADO EN TTO ANTERIORMENTE, ULTIMA LABORATORIO REPORTA HB 8.4 12 DE AGOSTO HTC 26.5 PLAQUETAS 481.000 TP Y TT NORMAL. ECOGRAFIA REPORTA: UTERO AUMENTAO DE TAMAÑO CON DIAMETRO LONTITUDINAL 13.2 AP 6.9 T 9 MM MIOMATAOA INTRAMURAL 59.44 MM TAMBIÉN EN PARED ANTERIOR 2 DE 25 MM Y 23 MM. ALTURA UTERINA 8 CM 0979039468 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LABORATORIO REPORTA HB 8.4 12 DE AGOSTO HTC 26.5 PLAQUETAS 481.000 TP Y TT NORMAL. ECOGRAFIA REPORTA: UTERO AUMENTAO DE TAMAÑO CON DIAMETRO LONTITUDINAL 13.2 AP 6.9 T 9 MM MIOMATAOA INTRAMURAL 59.44 MM TAMBIÉN EN PARED ANTERIOR 2 DE 25 MM Y 23 MM. ALTURA UTERINA 8 CM |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-09-25 | 12:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-09-25 | 12:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

