

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	OLMEDO	ANGELA MARIA	08	09	1978	46 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309631743	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	FROILAN LOOR y	098-009-4613 /
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	1309631743	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	09
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 G3P2C1. ACUDE POR PRESENTAR DISMENORREA MAS SANGRADO ABUNDANTE DURANTE LA MENSTRUACIÓN (CAMBIA 2 -3 PAQUETES DE TOALLAS SANITARIAS GRANDES). AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA DOLOR A LA PALPACION EN PELVIS. TRAE ECOGRAFIA AQUE REPORTA UTERO FIBROMATOSOS + MIOMA INTRAMURAL PEQUEÑO. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB: 10.8. HTO: 32.5. VCM: 70.6. MCH: 23.4. PLAQUETAS: 481. ULTRASONIDO: UTERO: NO GESTANTE EN ANTEVERSION, Y CENTRAL, DE ECOGENISIDAD HETEROGENEA, DE CONTORNOS REGULARES, DE CARACTERISTICA FIBROMATOSA, TAMAÑO AUMENTADO MIDE DE 8.5X6X6 CM. VOLUMEN 165 CM3. ID: UTERO FIBROMATOSO + MIOMA INTRAMURAL PEQUEÑO
--

5. Diagnóstico

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

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

2024-10-09

08:27

Medicina General

JESUS GREGORIO LOOR VERA

1317375283



Firmado electrónicamente por:
JESUS GREGORIO LOOR VERA
FIRMA

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

2024-10-09

08:27

Medicina General

JESUS GREGORIO LOOR VERA

1317375283

