

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	ANA MARIA	12	04	1983	42 años, 4 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309777355	MANABI	CHONE	BOYACA	BOYACA y	098-007-0498 /
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	1309777355	BOYACA	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	08	27
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 FEMENINO DE 42 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE. ACUDE TRAS PRESENTAR CUADRO CLINICO DE SANGRADO INTENSO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION. PRESENTA ECOGRAFIA DONDE REPORTA UTERO FIBROSADO. ANTE LA SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS, SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 10.1, HCT 35.9, PLAQ 329, LINF 28.8, NEUT 59.3, MONO 8.1, EOSIN 3.4, BASO 0.4
ULTRASONIDO: UTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES HETEROGENEA, DE ASPECTO FIBROSO NO IMGENES NODULARES NI QUISTICAS, ENDOMETRIO PROLIFERATIVO. OVARIO DERECHO DE ECOESTRUCTURA NORMAL, OVARIO IZQUIERDO DE ECOESTRUTURA NORMAL. FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE. CUELLO UTERINO ENGROSADO TELEFONO: 0980070498

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENDOMETRIOSIS DEL UTERO	N800		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	13:44	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-08-27	13:44	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	