

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |                |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | ESILDA JOHANNA | 24                  | 01  | 1979 | 45 años, 10 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                              |                      |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309868287        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LA PRINCIPAL y               | 099-093-0331 /       |
| 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                 | 1309868287      | 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  | 11  | 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 FEMENINA DE 45 AÑOS CON APP DE MIGRAÑAS, Y HTA, QUE ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA TRANSVAGINAL SOLICITADA POR SANGRADOS INTERMENSTRUALES. ECOGRAFIA REPORTA DOS MIOMAS, DE 2 Y 3 MM. EXAMENES DE LABORATORIO REPORTAN HIPERCOLESTEROLEMIA 293 E HIPERTRIGLICERIDEMIA 250. AL MOMENTO REFIERE TAMBIEN ARDOR ESTOMACAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA: 91.0 / COLESTEROL: 293 / TRIGLICERIDOS: 250 / AC URICO: 6.2 / SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB: 14.9 / GB: 9.47 / COPROLOGICO: NORMAL UROANALISIS: UROANALISIS NORMAL ULTRASONIDO: TRES MIOMAS DE 3 Y 2 MM

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-27 | 14:46 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-27 | 14:46 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |