

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINEL	CEDENO	MIRIAM YESSSENIA	20	09	1982	40 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
		1309933420	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	S/ y	0987571999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309933420	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☒

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☐

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 40 AÑOS DE EDAD REFIERE ANTECEDENTE DE ENDOMETRIOSIS INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE POR EXERESIS DE QUISTES HACE 4 AÑOS EN OVARIO DERECHO, ACTUALMENTE REFIERE QUE EN ESTE ULTIMO AÑO HA PRESENTADO DOLOR PELVICO TIPO COLICO, ACOMPAÑADO DE SANGRADO TRANSVAGINAL DE 7 DIAS DE DURACION, QUE SUELE CEDER CON INGESTA DE AINES FUM 22/06/2023 CICLOS MENSTRUALES REGULARES, GESTAS PREVIAS C3, A 0, P0, PAP HACE UN AÑO, LIGADURA DE TROMPAS HACE 8 AÑOS, SIN ALTERACIONES, ACUDE CON IMAGEN DE ECO ENERO 2023: REPORTA ENGROSAMIENTO DE ENDOMETRIO 10MM, SE OBSERVANOVARIO DERECHO VOLUMEN 27CC, AUMENTADO DE TAMAÑO, PRESENCIA DE MASA QUISTICA, TABICADA CON 3 QUISTES EN SU INTERIOR DE 51, 32, 22MM, FONDO DE SACO LIBRE, ISTMOCELE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENDOMETRIOSIS DEL UTERO	N800		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2023-06-30	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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