

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERDUGA	SARA ALEXANDRA	07	06	1978	47 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año		

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310433006	MANABI	CHONE	BOYACA	BAREN y	098-651-2662 /
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	1310433006	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	11	25
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 47 AÑOS DE EDAD, AGO A1 P2 C0. APP NO REFIERE, ALERGIA NO REFIERE. ACUDE POR MANIFESTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES CARACTERIZADO DE DOLOR PELVICO TIPO COLICO MENSTRUAL. CICLO MENSTRUAL DURACION DE 3 DIAS DE SANGRADO ABUNDANTE CON PRESENCIA DE COAGULOS. ACUDE CON ECOGRAFIA REPORTANDO UTERO CENTRAL Y EN AVF, MIOMA UTERINO FIGO2, QUISTES DE NABOTH. SE REALIZA REFERENCIA /DERICACION PARA GINECOLOGIA PARA VALORACION Y POSTERIO MANEJO. TELEFONO: 0986512662 - 0989887903 (COMPAÑERO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO CENTRAL Y AVF, MIOMETRIO HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA BIEN DEFINIDA DE ECOTEXTURA HIPOECOGENICA MODERADAMENTE DENSA DE CONTORNOS Y BORDES LEVEMENTE REGULARES DIFERENCIADOS CON CAPTACION POSTIVOCA A DOPPLER COLOR PERIFERICO QUE MIDE 36.4MM X24.9MMX33.1MM. Y UN VOLUMEN DE 15.64 CC, UBICADO EN ZONA ANTEROSUPERIOR DE PARED UTERINA EN AREA INTRAABDOMINAL. ENDOMETRIO HIPERECOGENICO Y TRILAMINAR, NO ENGORSADO A NIVEL DE CERVIX PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADAS DE CONTENIDO ANEICOICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES DELINEADOS CON AREAS DE MAYOR REFORZAMIENTO ACUSTIC POSTERIOR Y NEGATIVIDAD A DOPPLET COLOR EN RELACION A QUISTES DE NABOYH.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	09:13	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
2025-11-25	09:13	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERDUGA	SARA ALEXANDRA	07	06	1978	47 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año		

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310433006	MANABI	CHONE	BOYACA	BAREN y	098-651-2662 /
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	1310433006	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
IESS	HOSPITAL BÁSICO - CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	25	
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 47 AÑOS DE EDAD, AGO A1 P2 C0. APP NO REFIERE, ALERGIA NO REFIERE. ACUDE POR MANIFESTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES CARACTERIZADO DE DOLOR PELVICO TIPO COLICO MENSTRUAL. CICLO MENSTRUAL DURACION DE 3 DIAS DE SANGRADO ABUNDANTE CON PRESENCIA DE COAGULOS. ACUDE CON ECOGRAFIA REPORTANDO UTERO CENTRAL Y EN AVF, MIOMA UTERINO FIGO2, QUISTES DE NABOTH. SE REALIZA REFERENCIA /DERICACION PARA GINECOLOGIA PARA VALORACION Y POSTERIO MANEJO. TELEFONO: 0986512662 - 0989887903 (COMPAÑERO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO CENTRAL Y AVF, MIOMETRIO HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA BIEN DEFINIDA DE ECOTEXTURA HIPOECOGENICA MODERADAMENTE DENSA DE CONTORNOS Y BORDES LEVEMENTE REGULARES DIFERENCIADOS CON CAPTACION POSTIVOCA A DOPPLER COLOR PERIFERICO QUE MIDE 36.4MM X24.9MMX33.1MM. Y UN VOLUMEN DE 15.64 CC, UBICADO EN ZONA ANTEROSUPERIOR DE PARED UTERINA EN AREA INTRAABDOMINAL. ENDOMETRIO HIPERECOGENICO Y TRILAMINAR, NO ENGORSADO A NIVEL DE CERVIX PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADAS DE CONTENIDO ANEICOICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES DELINEADOS CON AREAS DE MAYOR REFORZAMIENTO ACUSTIC POSTERIOR Y NEGATIVIDAD A DOPPLET COLOR EN RELACION A QUISTES DE NABOYH.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	09:13	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
2025-11-25	09:13	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

