

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VEGA	PALMA	MARITZA ARACELY	05	08	1981	43 años, 4 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310678758	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	10 DE AGOSTO y	098-448-9809 / (05)-269-6407
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	1310678758	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	12	17
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 FEMENINA DE 43 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE PARA REALIZAR REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y DE ECOGRAFIA, AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE QUE SE SIENTE DEPRESIVA Y CON GANAS DE LLORAR, ADEMAS INDICA QUE DESDE HACE 3 MESES SIENTE LA PRESENCIA DE MASAS EN SENOS Y DOLOR BILATERAL, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL INTERROGATORIO INDICA QUE PRESENTA IRREGULARIDAD MENSTRUAL, DOLOR PELVICO Y ABUNDANTE MENSTRUACION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION MAMARIA Y MASA PEQUEÑA EN SENO DERECHO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN ANTEROVERSION DE TAMAÑO LIGERAMENTE AUMENTADO ECOGENICIDAD HETEROGENEA, SE OBSERVA UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA MASA, BORDES DELIMITADO, ASPECTO HETEROGENEO, VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA, SUGESTIVA DE MIOMA INTRAMURAL MIDE 45X21X41 VOL 25.29CC. AL MOMENTO DEL ESTUDIO LOCALIZADO EN LA CARA ANTERIOR.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	09:39	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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