

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	GARCIA	MARTHA SOLANDA	22	04	1985	39 años, 9 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310868292	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NARANJOS 1 y	099-992-7642 /
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	1310868292	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	2025	02	04	
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 consulta por resultado de ecografia transvaginal realizada el 7/01/2025, que reporta útero de tamaño y ecogenisidad normal, con presencia de 4 miomas de aparentemente 1mm, sin dilatacion,endometrio normal saco de douglas libre de liquido, ovario derecho normal con presencia de quiste de 2mm, ovario izquierdo normal, paciente manifiesta que cursa con ciclos amenorreicos desde la menarquia, sin embargo cuando presenta la menstruación esta es abundante de 10 a 15 días de duración, acompañados de abundantes coágulos, examen físico general normal, se refiere a segundo nivel para evaluación respectiva.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

abundantes sangrado en la menstruación

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	09:42	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2025-02-04	09:42	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	