

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA		EDELMIRA ELIZABETH	12	02	1983	41 años, 7 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311353393	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PRUDENCIO LOOR y	098-620-9849 /
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	1311353393	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
IESS	HOSPITAL BÁSICO - CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	19	
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 FEMENIMO DE 41 AÑO DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD REFIERE ANTECEDENTE DE MIOMAS UTERINAS HACE DOS AÑOS DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL DEL IESS CHONE, MANTUVO TRATAMIENTO CON DEPOPROVERA EL CUAL DEJO DE USAR POR EFECTOS SECUNDARIOS. TAMBIEN REFIERE HIPERMENORREAS Y DOLOR PELVICO 7/10 . AL EXAMEN FISICO CABEZA NORMOCEFALO, MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y BIEN HIDRATADAS, FARINGE NO ERTEMATOSA, CUELLO NO ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO CSPS BIEN VENTILADOS, RSCS RITMICOS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION PRESNET DOLOR EN EPIGASTRIO Y EN HIPOGASTRIO, REGION ANAL: NO MUESTRA HEMORROIDES. EXTREMIDADES INFERIORES VARICES NO ULCERADAS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REFIERE REALIZARSE ECO PELVICO EN HOSPITAL IESS CHONE POR MEDIO DEL CUAL SE DIAGNOSTICO MIOMAS UTERINOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-19	09:52	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-09-19	09:52	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	