

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUÑOZ	KARINA SOFIA	17	11	1987	37 años, 4 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311444333	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-339-1657 /
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	1311444333	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	04 01
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 cconsulta por presentar menstruaciones abundantes acompañados de coagulos de 3 años de evolucion, pos quirurgico , trae resultado de exámenes de laboratorio realizados el 11/03/2025 HB: 10.10, GLUCOSA 96.95, COLESTEROL 176, TRIGLICERIDOS 141.3, ACIDO URICO 4, TGo 22, TGP 27.3, PCR 3.94, ASTO 41, FACTOR REUMATOIDEO 1, Elemental de orina normal, Helicobacter pilory negativo, coproparasitario ameba histolictica, tambien ecografia transvaginal del 29/03/2025 que reporta utero en retroflexion miometrio capa intermedia presencia de signos compatibles con adenomiosis, cuello uterino presencia de quistes de nabock, mapeo dopler dilatacion de plexos peri uterino, paciente refiere dolor en la actividad sexual, mas dolor en hipogastrio , con antecedentes de miomatosis uterina aparentemente desde hace 9 años , se refiere a segundo nivel.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADENOMIOSIS UTERINA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-01	16:01	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A

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
2025-04-01	16:01	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

