

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | CEDEÑO           | ENMA LUCIA | 13                  | 12  | 1984 | 39 años, 10 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                          | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311701732        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CIUDADELA MAGALY DE COLAMARCO y SD | 0990489996 /        |
| 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                 | 1311701732      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2024  | 10  | 22  |
| 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

☐

MIOMATOSIS  
UTERINA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, NO SE REFIERE ANTECEDENTES CLINICOS O QUIURGICOS, ANTECEDENETES GINECOOBSTETRICOS G3 P0 C3 A0. PACIENTE CON CUADRO DE 6 MESES DE EVOLUCION CON DISMENORREA DE GRAN INTENSIDAD, SANGRADO MENTRUAL DE GRAN INTENSIDAD POR HASTA 8 DIAS. ACTUALMENTE CON 13 DIAS DE SANGRADO TRANSVAGINAL CON REPERCUSIONES EN CATIVIDADES DIARIAS, HEMOGLOBINA EN 9.3 POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD, NUMERO TELEFONICO 0990489996

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 9.7 NEUTROFILOS 6.34 LINFOCITOS 2.71 HEMOGLOBINA 9.3 HMTO 29.9 VCM 67.8 HCM 21.1 ULTRASONIDO: ECOGRAFIA PELVICA UTERO NO GESTANTE ANTEROVERSION Y CENTRAL CONTORNOS IRREGUALRES Y LOBULOADOS DE TAMAÑO AUMENTADO, DE CARACTERISTICAS FIBROMIOMATOSAS MIOMETRIO HETEROGENEO CONN PRESENCIA DE MIOMA 46.6 X 37MM ENDOMETRIO ECOGENICO Y ENGROSADO CON ASPECTO HIPERPLASICO Y CENTRAL MIDE 19 MM ID: UTERO FIBROMIOMATOSO MIOMA INTRAMURAL CON COMPROMISO ENDOMETRIAL HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO | D251   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-22 | 16:04 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-22 | 16:04 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

