

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ARCE	EVA DANIELA	17	05	1986	38 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311704215	MANABI	CHONE	BOYACA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-906-5880 /
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	1311704215	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	12	
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 FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE TRES AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SANGRADO VAGINAL PERSISTENTE REFIERE QUE SU PERIODO DURA MINIMO QUINCE DIAS Y FLUJO AMARILLO ROTULANTE EL CUAL ES EN GRAN CANTIDAD Y DOLOR ABDOMINO PELVICO DE GRAN MAGNITUD QUE LE IMPOSIBILITA SUS ACTIVIDADES DIARIAS Y SE ACOMPAÑA CON MAREOS. POR LO CUAL SE DECIDE EMPEZAR TRAMITES DE REFERENCIA PARA MEJOR MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRADO MENSTRUAL PERSISTENTE Y DE EXCESIVA CANTIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N921		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	16:10	Medicina Rural	ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY	1315357176	 ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

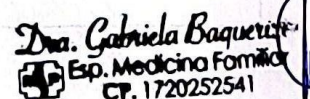
4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

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
2024-09-12	16:10	Medicina Rural	ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY	1315357176	


Dra. Gabriela Baquerizo
Esp. Medicina Familiar
CP. 1720252541