

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	MEDRANDA	CARMEN MARISOL	15	01	1985	41 años, 0 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	1311998361	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	S y DF	096-261-6457 /
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	1311998361	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		2026	01	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad				



Maria Jose Meza
Cusme 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 FEMENINO DE 41 AÑOS DE EDAD *** APP: MIOMAS (DESDE +/- 2 AÑOS) + ANEMIA*** APF: PAPA (HTA) *** APQ: CESAREA + HERNIA UMBILICAL ***AA: NR _____ ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO INTENSO EVA 9/10 JUNTO A NAUSEAS, ACOMPAÑADO DE INFLAMACION EN HIPOGASTRIO Y FSAS ILIACAS. ADEMÁS REFIERE QUE NO PUEDE UTILIZAR PRENDAS AJUSTADAS DEBIDO QUE LE OCASIONAN MÁS INFLAMACION E INTENSIFICAN EL CUADRO DOLOROSO. **** PACIENTE COMENTA FUM: 14/01/2026, SANGRADOS ABUNDANTES CON PRESENCIA DE COÁGULOS, DURACIÓN DE 3 DIAS, USO DE TOALLAS SANITARIAS EN CANTIDAD DE 10/24H O TOALLAS MATERNITY. ***** INDICA QUE HA ESTADO EN CONTROL EN EL CS, PERO QUE NO HABIA PODIDO ACUDIR POR FALTA DE TURNO ***** TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: LEUCOCITOS 4.96 NEÚTROFILOS 58 LINF 37.9 RBC 4.49 HB 10.5 HCT 31.9 VCM 71 FL HCM 23.4 PG CHCM 32.8 G/DL PLAT 229000 OTROS ANÁLISIS: GLUCOSA 106 MG/DL COLESTEROL 163 TRIGLICÉRIDOS 210 ÁCIDO ÚRICO 3.1 UREA 18 CREAT 0.9 TGO 16 TGP 13 EMO (UROANÁLISIS DE RUTINA): LEVEMENTE INFECCIOSO, NO NECESITA USO DE ATB
ULTRASONIDO: VÉJIGA: PLANIFICADA, PAREDES FINAS, NO LITOS EN SU INTERIOR, CONTENIDO ANECHO ÚTERO: LOCALIZACIÓN PÉLVICA, CENTRAL, PIRIFORME EN ANTEVERSIÓN, DE CONTORNOS DEFINIDOS, PARÉNQUIMA MIOMETRIAL DE ECOTEXTURA HOMOGÉNEA, SE EVIDENCIA IMAGEN SÓLIDA EN SU INTERIOR A NIVEL DE FONDO UTERINO CON MEDIDA APROXIMADA MIDE: 5.53CM X 3.52CM. DIMENSIONES DE ÚTERO APROXIMADAS: LONGITUDINAL: 8.06CM, ANTEROPOSTERIOR: 2.95CM, TRANSVERSAL: 3.24CM. VOL: 53.92ML. ENDOMETRIO: ECOGÉNICO CONTINUO, PIRIFORME, CENTRAL DE CONTORNOS DEFINIDO, DE 0.30CM DE GROSOR, DE PATRÓN ECOGRÁFICO HOMOGÉNEO SIN PRESENCIA DE ECOS EN SU INTERIOR, INTERFASE DE ENDOMETRIO MIOMETRIAL CONSERVADO SIN INTERRUPCIONES. CUELLO DEL ÚTERO: LOCALIZACIÓN PÉLVICA, CENTRAL, PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO, NO SE APRECIAN IMÁGENES QUÍSTICAS NI SÓLIDAS EN SU INTERIOR, MEDIDAS APROXIMADAS: 2.18CM X 2.56CM. OVARIO IZQUIERDO: DE LOCALIZACIÓN PARAUTERINA, DE FORMA OVOIDE, DE CONTORNO DEFINIDO, PATRÓN HIPOECÓGENO, ESTROMA HOMOGÉNEO. DIMENSIONES OVARIO: LONGITUDINAL: 3.11CM - ANTEROPOSTERIOR: 2.04CM - TRANSVERSAL: 2.15CM. VOL: 7.15ML. OVARIO DERECHO: DE LOCALIZACIÓN PARAUTERINA, DE FORMA OVOIDE, DE CONTORNO DEFINIDO, PATRÓN HIPOECÓGENO, ESTROMA HOMOGÉNEO. DIMENSIONES OVARIO: LONGITUDINAL: 3.11CM - ANTEROPOSTERIOR: 2.54CM - TRANSVERSAL: 2.48CM. VOL: 10.78ML.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL ÚTERO	D251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	13:52	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-01-28	13:52	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	