

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	INTRIAGO	MARIA EUGENIA	18	01	1990	34 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312057605	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PRIMERO DE MAYO y VIA A TOSAGUA	099-779-5785 /
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	1312057605	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	12	09
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	☐	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL.	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD, EN TTO POR ANEMIA POR SANGRADOS VAGINALES DE HASTA 8 DÍAS ABUNDANTES. NO SE REFIERE ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE RELEVANCIA ACUDE, ACUDE A CONSULTORIO PARA REVISION DE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL. UTERO DE DIAMETROS CONSERVADOS ECOGENISIDAD NORMAL, ENDOMETRIO DE 7 MM DE GROSOR, SACO DE DOUGLAS LIBRE. OVARIO DERECHO DE TAMÑO NORMAL, PRESENTA QUISTE SIMPLE DE 17 MM X 16 MM, OVARIO IZQUIERDO POCO VISIBLE. AL MOMENTO PACIENTE EN TRATAMIENTO PARA ANEMIA SIN APARENTE ORIGEN, SE ENVIA A GINECOOBSTETRICIA 0998240134

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UTERO DE DIAMETROS CONSERVADOS ECOGENISIDAD NORMAL, ENDOMETRIO DE 7 MM DE GROSOR, SACO DE DOUGLAS LIBRE. OVARIO DERECHO DE TAMÑO NORMAL, PRESENTA QUISTE SIMPLE DE 17 MM X 16 MM, OVARIO IZQUIERDO POCO VISIBLE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-09	09:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-12-09	09:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

