

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HEREDIA	MACIAS	ALEXANDRA MARIBEL	15	09	1985	39 años, 4 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312308529	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA AGUA BLANCA y	098-045-3964 /
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	1312308529	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01	31
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, DE 4 DIAS DE EVOLUCION, SE ACOMPAÑA DE SECRESION BLANQUECINA TIPO REQUESON. ADEMAS REFIERE CONSTIPACION DE 3 DIAS DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN SUAVE, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN PUNTOS URETERALES BAJOS. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ENDOMETRIOSIS QUE INDICA QUE DURANTE LA MENSTRUACION PRESENTA SANGRADOS ABUNDANTES CON PRESENCIA DE COSGULOS GRANDES QUE DURAN APROXIMADAMENTE 6 DIAS QUE SUELE EXTENDERSE HASTA 10 DIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENDOMETRIOSIS DEL UTERO	N800		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-31	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-01-31	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	