

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	FALLAIN	JOHANA FABIOLA	23	11	1987	36 años, 11 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	1312500000	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	IGNACIO ANDRADE y ALEJO LASCANO	099-282-5054 / (99)-999-9999
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	1312500000	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 y Obstetricia		2024	11 05
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

CONTROL- ECNT - HIPERTENSA Y DIABETICA AL MOMENTO ESTA CON GLUCOSA ELEVADA 343- DOLOR EN HIPOGASTRIO - SANGRADO IRREGULAR Y ABUNDANTE- DISMENORREA - DOLOR EN FID

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: WBC 8.65 - RBC 5.07- HEMOGLOB 13.1- HTO 40.2 - PLAQUE 218 : GLUCOSA 343.30 HELICOBACTER NEGATIVO ULTRASONIDO: UTERO EN RETROVERSION LIGERAMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO- ENDOMETRIO HIPERECOGENICO GRUESO - MIDE 11.9 MM SE OBSERVA UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA DE MASA - SUGESTIVA DE MIOMA SUBMUCOSO MIDE 16 X6X8 MM- CERVIX DE ASPECTO HETEROGENEO SE OBSERVAAN 3 QUISTES DE NABOTH PRESNCIA MININA MDE LIQUIDO EN SU INTERIOR - OVARIO DERECHO LIGERO AUMENTO SE OBSERVAN 5 FOLICULOS DE ENTRE 3 A 8 MM - OVARIO IZQUIERDO LIGERMANETE AUMENTADO : UN QUISTE SIMPLE DE 15X 21 X 18MM VLO DE 2.7 CC
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-05	08:47	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2024-11-05	08:47	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

