

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MENDOZA	PATRICIA MONCERRATE	07	05	1987	37 años, 6 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312662354	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-085-1681 /
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	1312662354	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	11	25
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

☐

MIOMATOSIS /
HEMORRAGIAS
VAGINALES Y
ANEMIA.

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON HEMOGLOBINAS DE HASTA 7.9 EN TTO EN CS ORAL Y PARENTERAL CON LO CUAL SE LOGRA MEJORAR HASTA 11.3 DE HB Y 7.3 DE HTC SE ENVIÒ METABOLISMO DE HIERRO EN MESES ANTERIORES SIN EMBARGO NO LOGRA TRAER RESULTADOS. SE MANTIENE TRATAMIENTO, TRAE ASÌ MISMO ECOGRAFIA ENVIADA POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR MENSTRUACIONES DE 4 DÍAS CON SANGRADOS ABUNDANTES, ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REPORTA MIOMA DE 1.63 CM X 2 CM X 2.40 CM. AL MOMENTO SECRECIÓN COLOR AMARILLO. 0990851681 EN CONSULTA ANTERIOR SE ENVIA REFERENCIA SIN EMBARGO NO SE OBSERVA EL SISTEMA DE REFERENCIA AGENDAMIENTO DE LA MISMA, SE INSISTE EN ELLO Y SE ENVIA A ESTADISITICA POR SEGUNDA OCASIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REPORTA MIOMA DE 1.63 CM X 2 CM X 2.40 CM. AL MOMENTO SECRECIÓN COLOR AMARILLO. 0990851681

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	09:08	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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	