

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LOOR	KAREN SIBONEY	14	07	1995	30 años, 10 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312858630	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	099-771-4128 /
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	1312858630	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	12
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD -- AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE -- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: GESTAS: 3 CESAREA: 1 ABORTO: 2 -- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE -- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS - ALERGIA: NO REFIERE . HABITOS: NO REFIERE -- ACUDE A CONSULTA CON REPORTE ECOGRAFICO EL CUAL CONFIRMA MIOMA INTRAMURAL, FIGO 2 -- DESCRIBE EPISODIOS DE MENORRAGIA ACOMPAÑADOS DE DISMENORREA SECUNDARIA, PRESENTADOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LOS DÍAS DE LA MENSTRUACIÓN. FUERA DEL PERIODO MENSTRUAL, LA PACIENTE SE REPORTA COMPLETAMENTE ASINTOMÁTICA. REFIERE ASTENIA/CANSANCIO AGUDO ÚNICAMENTE VINCULADO A LOS DÍAS DE MAYOR FLUJO HEMÁTICO. LA CIFRA DE HEMOGLOBINA ES DE 13.5 G/DL CONFIRMA UN EXCELENTE ESTADO HEMATOLÓGICO COMPENSADO, DES CARTANDO ANEMIA CRÓNICA; EL CANSANCIO REFERIDO ES COMPATIBLE CON FATIGA FÍSICA EXTENUANTE SECUNDARIA AL DOLOR Y LAS PÉRDIDAS AGUDAS DURANTE LA CRISIS MENSTRUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: Glóbulos Blancos 11.20 - Neutrófilos (%) 83.1 - Linfocitos (%) 13.2 -Neutrofilos (#) 9.30 - Linfocitos (#) 1.48 - Recuento de Glóbulos Rojos 4.74 - Hemoglobina 13.5 - Hematocrito 40.1 - Plaquetas 404 - GLUCOSA 104 - GLUCOSA 104 - Glucosa Postprandial 137 - INSULINA BASAL 21.45 - Hemoglobina Glicosilada HbA1c 5.5 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): Color Amarillo Aspecto - Transparente - Densidad 1.021 - pH 7.5 - Glucosa Normal mg/dL - Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL - Bilirrubinas Negativo mg/dL - Leucocitos en orina Negativo Leu/uL - Nitritos Negativo - Sangre Negativo Ery/uL - Proteínas Negativo mg/dL - Urobilinógeno Normal mg/dL EXAMEN MICROSCOPICO Células Epiteliales 2.4 - Leucocitos 0.4 /Campo 0.00 - 12.00 - Hematíes 0.2 /Campo 0.00 - 10.00 - Bacterias Negativo - Moco Negativo /LPF - Levaduras Negativo - Cristales de Oxalato de Calcio Negativo - Otros Cristales Negativo Cilindros Hialinos 0.0 REPORTE ECOGRAFICO --- ULTRASONIDO: ÚTERO. Anteverso de contornos nítidos y ecogenicidad heterogénea. Diámetro: longitud 8.93cm por anteroposterior de 4.11cm por transverso de 5.35cm. En cara fundica se evidencian DOS imágenes hipoeecogenicas de bordes bien delimitados, redondeada, negativo a flujo Doppler sugestivo de mioma ne cara fundica anterior mide 1.43cm y en cara fundica posterior mide 1.16cm. Endometrio ecogénico, unilaminar, fase secretora, espesor de 11.2mm, NO OCUPADO Cervix de ecoestructura conservada. No se evidencia alteración en cuello o cérvix OVARIOS DERECHO de forma y de tamaño conservado, múltiples imágenes foliculares 8# en su interior que miden hasta 0.6cm, foliculo dominante de 1.62cm OVARIO IZQUIERDO de forma y de tamaño conservado, tamaño conservado, múltiples imágenes foliculares 15# en su interior que miden hasta 0.6cm Trompas de Falopio sin alteración Fondo de Douglas sin evidenciar liquido CONCLUSION: • Mioma intramural, FIGO 2

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	11:50	Obstetricia Rural	ALLISON ILIANA CARDENAS BETANCOURT	0704960640	

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
2026-06-12	11:50	Obstetricia Rural	ALLISON ILIANA CARDENAS BETANCOURT	0704960640	