

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	ALMEIDA	MARIA ESTHER	23	03	1996	30 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313562561	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CONTENTO y	999-999-9999 /
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	1313562561	ELOY ALFARO	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	05	13
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, FUM: PACIENTE REFIERE QUE NO LE HA LLEGADO LA MENSTRUACION, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS. GESTAS: 2, CESAREAS: 2. HACE 4 AÑOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: PAPA DM2, ABUELOS PATERNOS DM2 Y HTA, ALERGIA: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA CON ECOGRAFIA TRANSVAGINAL Y PAP PARA REVISION, EN ECOGRAFIA TRANSVAGINAL SE REPORTA HEMATOMETRA. PACIENTE INDICA DESEAR REFERENCIA PARA ESTERILIZACION.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-----ECOGRAFIA TRANSVAGINAL-----ULTRASONIDO: Se realiza ecografía de la esfera ginecológica por vía transvaginal observándose. * ÚTERO: de tamaño conservado de localización pélvica, central, piriforme en ANTEROVERSION, de contornos definidos, parénquima miometrial de ecotextura homogénea, no se observan imágenes compatibles con miomas. * Dimensiones de útero aproximadas: -Longitudinal:6.79 cm. Anteroposterior: 3.72 cm Transversal:4.03 cm. CUELLO UTERINO: cerrado, de contornos definidos de parénquima homogéneo, no se observan imágenes patológicas en su interior. ENDOMETRIO, De grosor y aspecto ecográfico conservado mide 0.51cm. En el interior de la cavidad endometrial se identifica contenido heterogéneo, de aspecto líquido con ecos internos finos y móviles que mide 2.72 x1.27 x2.76 cm volumen de 4,98ml , sin evidencia de vascularización al Doppler color. OVARIO DERECHO de localización parauterina, de forma ovoidea, de contorno definido, patrón hipoeconogenico, estroma homogéneo, sin quistes en su interior. DIMENSIONES: Longitudinal: 2.22 cm - Anteroposterior 2.05 cm - Transversal 2.22 cm - Volumen de 5.32 ml.. * OVARIO IZQUIERDO de localización parauterina, de forma ovoidea, de contorno definido, patrón hipoeconogenico, estroma homogéneo DIMENSIONES: Longitudinal: 2.09 cm - Anteroposterior 1.40cm - Transversal 2.28 cm - Volumen de 3.49 ml. No se observa cuerpo lúteo. No se observa liquido libre en saco de Douglas. HALLAZGOS ECOGRAFICOS: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS COMPATIBLES CON COLECCIÓN INTRACAVITARIA ENDOMETRIAL FOCAL, DE CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE HEMATOMETRA CORRELACIONAR CON CLÍNICA Y ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS. SE SUGIERE CONTROL ECOGRÁFICA 10 DIAS DESPUES DE MENSTRUACION. -----EXAMEN PAPANICOLAU -----CITOLOGIA: DATOS CLINICOS: CERVIX INFLAMADO + FLUJO VAGINAL EN POCA CANTIDAD. FUM: 22/03/2026, EMBARAZADA: NO, LACTANCIA: NO. ASPECTO DE CUELLO: INFLAMATORIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	13:57	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-05-13	13:57	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	