

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARDENAS	MOREIRA	STEFANY ANDREINA	03	12	2004	19 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313570085	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS 1 y LOS NARANJOS	097-985-7091 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313570085	SANTA MARTHA	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	28
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 REFIERE CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN R PELVICA POR ANTECEDENTE DE QUISTES DE OVARIO Y ENDOMETRIOSIS, REFIERE DOLOR SE HA INTENSIFICADO TIPO COLICO, ACOMPAÑADO DE SANGRADO TRANSVAGINAL RECURRENTE, A VECES DE 4 DIAS DE DURACION QUE SE ACENTUA E LAS RELACIONES SEXUALES, DOLOR POSCOITAL , TAMBIEN LEUCORREA, ANTECEDENTE DE IINTOLERANCIA A LA LACTOSA, NAUSEAS PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA. TRE ECOGRAFIA 22/7/2024 CERVIX QUISTE SIMPLE, OVARIO DERECHO E IZQUIERDO POLIQUISTOSIS, UTERO ENDOMETRIO ENGROSADO 1,87CM, ANTECEDENTE DE MENARQUIA A LOS 9 AÑOS, MENSTRUACIONES IRREGULARES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENDOMETRIOSIS DEL UTERO	N800		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	10:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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