

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CUSME	YULEXY MARIA	22	06	1993	31 años, 1 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	1313735571	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	24 DE JULIO AV CARLOS ALBERTO ARAY y 098-361-8948 /
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	1313735571	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	08	16
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 CON RESULTADO DE ESTUDIO ECOGRAFICO DE FECHA 12 DE AGOSTO DEL 2024,: UTERO ANTEVERSION MIDE 6CM DE LARGO Y 2.8CM DE ANCHO PRESENTA UNA SERIE DE FORMACIONES ISOECOGENICAS CON EL TEJIDO MOMETRIAL CIRCULARES QUE SUGIEREN MIOMAS INTRAMURALES ALGUNOS DE ELLOS MIDEN 7MM , 8MM, 6MM, Y 9MM RESPECTIVAMENTE. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO.EN RELACION CENTRAL Y HACIA LA DERECHA SE DETECTA FORMACION QUISTICA ENCAPSULADA CON ECOS INTERNOS FNOS Y PUNTIFORMES CON DISCRETA SEÑAL DOOPLER COLOR. LA FORMACION MIDE 6.9CM POR 5.1 CM POR 4.6 CM CON UN VOLUMEN DE 97 CC SE SUGIERE ENDOMETRIOOMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO 0993092895

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-16	12:06	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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 clínico

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
2024-08-16	12:06	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	