

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ALCIVAR	MILENA RASHEL	17	02	2000	24 años, 6 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313825828	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-052-5541 /
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	1313825828	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	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 ACUDE A CONSULTA MEDICA INDICA PRESENTAR TRASTORNO DEL CICLO MENSTRUAL - SUA DESDE HACE UN MES APROXIMADAMENTE ACOMPAÑADO DOLOR PELVICO . INDICA ANTECEDENTES DE SOP HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE AGO G0 . ANTECEDENTES FAMILIARES ABUELA CA DE UTERO. MADRE CA TIROIDES TIA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL. VALORACION ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN ANTEROVERSION DE TAMAÑO LIGERAMENTE AUMENTADO ECOGENICIDAD CONSERVADA ENDOMETRIO HIPERECOGENICO ENGROSADO PROMINENTE MIDE 16.46MM OVARIOS DERECHO DE TAMAÑO LIGERAMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO SE OBSERVAN 15 QUISTE FOLICULARES DE ENTRE 3 - 6 MM OVARIOS IZQUIERDO DE TAMAÑO ADECUADO SE OBSERVAN 12 QUIATES FOLICULARES DE ENTRE 3 - 7 MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERPLASIA DE GLANDULA DEL ENDOMETRIO	N850	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	11:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

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
2024-09-12	11:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	