

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	PAULA ROSALIA	30	06	1996	28 años, 3 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314593979	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MIRA FLORES y 096-822-8005 / (99)-999-9999
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	1314593979	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	10	09
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 28 AÑOS APQX: LIGADURA Y QUISTES. G3P1C1A1. ACUDE POR PRESENTAR SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE DESDE HACE 5 MESES QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR PELVICO. SE REVISÓ ECOGRAFIA QUE REPORTA MIOMA UTERINO. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HOMOGENEA NO IMAGENES NODULARES NI QUISTICAS. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO. SE OBSERVA 1 IMAGEN NODULAR QUE CORRESPONDE A MIOMA SUBMUCOSO QUE ABARCA ENDOMETRIO. OVARIOS DE CARACTERISTICAS NORMALES. FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE. CUELLO UTERINO SE OBSERVA 1 QUISTE DE NABOTH

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	14:01	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

Firmado electrónicamente por:
JESUS GREGORIO LOOR
VERA

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
2024-10-09	14:01	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	