

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	COBEÑA	KETTY ANABEL	15	01	1998	28 años, 0 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314701630	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURAN BALLEEN y	099-046-2343 /
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	1314701630	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 - Brigada Médica externa ONG		2026	01	27
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 27 AÑOS DE EDAD *** APP: QUISTES FOLICULARES + DOLOR EN MAMA DERECHA *** APF: NR **** PACIENTE ACUDE PARA REVISION DE ECOGRAFIA E INICIAR PLANIFICACION PARA CONCEPCION DE 2 HIJO. **** AGO G2C1P0A1 **** REFIERE PRESENCTAR TRASORNO DEL CICLO MENSTRUACIÓN DESDE HACE 4 AÑOS. ESTUVO CON METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE POR LO QUE PRESENTA SANGRADO ESCASO. **** PACIENTE REFIERE EFECTOS ADVERSOS: PIROSIS, DOLOR Y MALESTAR ESTOMACAL + CONSTIPACION, ADEMAS DE NAUSEAS. A MEDICACIÓN ENVIADA, POR LO QUE LA SUSPENDE PERO INDICA QUE SI VIO MENSTRUACION. FUM: 24/12/2025

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: Recuento de Glóbulos Rojos $4.38 \times 10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina 13.2 g/dL 13 - 17 Hematocrito 39.4 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) $90 \mu\text{m}^3$ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30.1 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.5 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.8 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s $44.8 \mu\text{m}^3$ Plaquetas $327 \times 10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito 0.34 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) $10.4 \mu\text{m}^3$ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 12.9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) $90 \times 10^3/\mu\text{L}$ 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 27.6 % 18 - 50 Glóbulos Blancos $7.54 \times 10^3/\mu\text{L}$ 4 - 10 Linfocitos (%) 31.1 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 60.6 % 55 - 65 Monocitos (%) 5.7 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.4 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.2 % 0 - 2 Linfocitos (#) $2.34 \times 10^3/\mu\text{L}$ 1 - 4.4 Neutrófilos (#) $4.57 \times 10^3/\mu\text{L}$ 1.6 - 7 Monocitos (#) $0.43 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0.3 - 1 Eosinófilos (#) $0.18 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.5 Basófilos (#) $0.02 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.2 COPROLOGICO: H. PYLORI: POSITIVO ULTRASONIDO: ÚTERO EN RETROVERSIÓN DE DIMENSIONES NORMALES, ECOGENICIDAD CONSERVADA, NO SE OBSERVAN MASAS OCUPATIVAS AL MOMENTO DEL ESTUDIO ENDOMETRIO HIPERECOGÉNICO GRUESO MIDE 17MM, ASPECTO HETEROGÉNEO, PRESENCIA DE LÍQUIDO EN SU INTERIOR Y LESIONES HIPERECOGÉNICAS SE SUGIEREN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA MEJOR VALORACIÓN CÉRVIX LIGERAMENTE ABIERTO PRESENCIA MÍNIMA DE LÍQUIDO EN EL SACO DE DOUGLAS OVARIO DERECHO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL SE OBSERVAN 9 FOLÍCULOS DE ENTRE 3 A 9 MM OVARIO IZQUIERDO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL SE OBSERVAN 12 FOLÍCULOS DE ENTRE 3 A 10 MM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	14:07	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-27	14:07	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	