

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	ANCHUNDIA	MARYURI MONCERRATE	21	11	1991	33 años, 2 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315418655	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO EL CONTENITO y CARRETERA PRINCIPAL	099-888-3118 /
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	1315418655	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	04
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

S: PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE INFERTILIDAD, NIEGA ALERGIAS, AGO G0, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 16/12/2024, PAP MAS DE 5 AÑOS SIN REALIZARSE, VIDA SEXUAL ACTIVA, METODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NO UTILIZA NINGUN METODO HACE 14 AÑOS, HISTORIA ANTICONCEPTIVA: 12 MESES METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MESIGYNA (HACE 15 AÑOS). PACIENTE ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD ESPORADICO QUE SE ACOMPAÑA DE MASTALGIA DE MODERADA INTENSIDAD, ADEMAS REFIERE AMENORREA DE 2 MESES DE EVOLUCION, USUARIA HA INTENTADO QUEDAR EMBARAZADA EN VARIAS OCASIONES PERO NO HA PODIDO HASTA EL MOMENTO, TRAE EXAMENES DE LABORATORIO PARTICULAR (25/01/2025) Y ECOGRAFIA PELVICA (03/02/2025) REPORTADOS EN LA SECCION DE RESULTADOS DE EXAMENES EN PRASS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL. SIN SIGNOS NI SINTOMAS DE ALARMA. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES , ANTROPOMETRÍA: SOBREPESO; EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACION. A: SE REALIZA REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION MEDICA Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA. P: MEDIDAS GENERALES, ASESORÍA NUTRICIONAL, TAMIZAJE HTA, PREVENCIÓN DE VIOLENCIA, SIGNOS DE ALARMA, MEDIDAS HIGIÉNICAS, MEDIDAS GENERALES, ASESORIA EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SE ACONSEJA UNA DIETA FRACCIONADA EN 5 COMIDAS RICA EN FRUTAS, VERDURAS, VEGETALES, CARNES, RECOMENDACIÓN DE EJERCICIOS RUTINARIOS Y ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA, HIDRATACION ABUNDANTE, CONTROL, NOVEDADES. SE EXPLICA PLAN A SEGUIR A PACIENTE, ENTIENDE Y ESTA DE ACUERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: HB: 13.3 HCT: 39.7 V.C.M: 87.6 H.C.M: 29.4 M.C.H.C: 33.5 LEUCOCITOS: 6280 NEUTROFILOS: 59.3 LINFOCITOS: 32.8 MONOCITOS: 6.3 EOSINOFILOS: 1.4 CONTAJE DE PLAQUETAS: 68000 OTROS ANALISIS: PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE: NEGATIVO UROANALISIS: COLOR: AMARILLO AMBAR ASPECTO: FLUIDO PH: 6.5 PROTEINAS: NEGATIVO GLUCOSA: NEGATIVO SANGRE: NEGATIVO BACTERIAS: ++ HONGOS: NO ULTRASONIDO: DIAGNOSTICO: MIOMA UTERINO - CLASIFICACION FIGO 3 (CONTACTA CON EL ENDOMETRIO 100% INTRAMURAL) QUISTE SIMPLE EN OVARIO DERECHO - CLASIFICACION GI-RADS 3 OVARIO POLIQUISTICOS OOFORTIS IZQUIERDA QUISTE DE NABOTH

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	10:28	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

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
2025-02-04	10:28	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	