

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	GARCIA	EVELYN LISBETH	29	07	2004	21 años, 9 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315936383	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SAN AGUSTIN y	000-000-0000 /
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	1315936383	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		2026	05	22
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 21 AÑOS DE EDAD, FUM: NO VE MENSTRUACION DESDE HACE 1 AÑO Y 8 MESES, LUEGO DE LA CESAREA, ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS. GESTAS: 1, CESAREAS: 1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELA MATERNA DM2, ALERGIA: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA REFIRIENDO QUE DESPUES DE LA CESAREA LE INDICARON REALIZARSE CONTROLES PORQUE PRESENTABA UN PUNTO NEGRO EN EL ORIFICIO URETRAL. SE OFERTA INSPECCION VISUAL, SE EXPLICA PROCEDIMEINTO, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA, SE REALIZA VALORACION, SE EVIDENCIA POSIBLE MELANOMA URETRAL. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA RESPECTIVO SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-----BIOMETRÍA HEMÁTICA----- WBC: 6.55 Linfocitos%: 43.6 Monocitos%: 4.9 Neutrófilos%: 49.4 Eosinófilos%: 1.6 Basófilos%: 0.5 Linfocitos#: 2.85 Monocitos#: 0.33 Neutrófilos#: 3.24 Eosinófilos #: 0.10 Basófilos#: 0.030 RBC: 4.76 HGB: 13.10 HCT: 42.60 MCV: 89.5 MCH: 27.60 MCHC: 34.90 RDWCV: 13.1 RDWSD: 49.4 PLT: 206 MPV: 8.80 -----BIOQUÍMICA SANGUÍNEA----- Glucosa: 81.34 Urea: 42.13 Creatinina: 0.94 COLESTEROL: 173, TRIGLICERIDOS: 138, ACIDO URICO: 3,55 -----ECOGRAFIA TRANSVAGINAL-----ULTRASONIDO: ÚTERO DE TAMAÑO NORMAL, DE ECOESTRUCTURA CONSERVADA. QUE MIDE 5.38 CM X 3.09 CM X 5.13 CM. ARTERIA UTERINA AL DOPLER NORMAL. ENDOMETRIO ECOGENICO , LINEAL DE GROSOR NORMAL. MIDE 1.7 MM OD: QUE MIDE 2.00 CM X 1.98 CM X 1.55 CM VOLUMEN 3.22 CM3 OI: MIDE 4.38 CM X 3.90 CM X 2.33 CM VOLUMEN DE 20.76 CM3 EN AMBOS OVARIOS SE VISUALIZAN MULTIPLES IMÁGENES ANECOICAS, MÁS DE 15 PROMEDIO, LA DE MAYOR TAMAÑO 1.9 CM EN FORMA DE COLLAR DE PERLA COMPATIBLE CON OVARIOS POLIQUISTICOS. NO LÍQUIDO EN FONDO SACO DE DOUGLAS. NO OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS. ID: OVARIOS POLIQUISTICOS. CORRELACIONAR CON CLINICA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DE LA URETRA	C680	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	09:22	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-05-22	09:22	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	