

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | VERA             | TAMARA LISSETH | 27                  | 07  | 1995 | 30 años, 3 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        | 1316472511        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | VIA BOYACA CUCUY y SN        | 097-967-8199 /      |
| 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                 | 1316472511      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                           |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2025 | 11    | 19  |  |
| 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 FEMENINA DE 30 AÑOS, QUIEN REFIERE MENSTRUACIONES IRREGULARES DESDE HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES. INFORMA HABER DEJADO DE USAR ANTICONCEPTIVOS HACE 2 AÑOS, LO CUAL COINCIDE CON LA APARICIÓN DE SU SINTOMATOLOGÍA. SE LE REALIZÓ UNA ECOGRAFÍA PÉLVICA EN LA CUAL SE EVIDENCIÓ LA PRESENCIA DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP) EN AMBOS OVARIOS Y LA FORMACIÓN DE UN MIOMA UTERINO. LA PACIENTE NO PRESENTA ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS RELEVANTES NI ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES SIMILARES. ACTUALMENTE, SU CICLO MENSTRUAL ES IRREGULAR, CON SANGRADOS QUE VARÍAN EN FRECUENCIA Y CANTIDAD, LO CUAL HA SIDO MOTIVO DE SU CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HOMOGENEA. SE OBSERVA 1 IMAGEN NODULAR QUE CORRESPONDE A MIOMA EN FORMACION. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO. OVARIO DERECHO MICROQUISTES PERIFERICOS MAS DE 6, OVARIO IZQUIERDO MICROQUISTES PERIFERICOS MAS DE 7, FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION | D259   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-19 | 12:21 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-19 | 12:21 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |

