

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CAICEDO	KELY THALIA	09	07	2003	22 años, 3 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317601753	MANABI	CHONE	BOYACA	VILLAMARINA y	098-126-8320 /
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	1317601753	BOYACA	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	10	20
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 FEMNINO DE 22 AÑOS DE EDAD, ALERGIA A CORTICOIDES Y MARISCOS. ACUDE PARA REVSION DE ECOGRAFIA. REFIERE QUE NO VE MENSTRUACION DESDE HACE 10 MESES, REFIERE CONSTAR CON IMPLNTE ANTICONCEPTIVO DESDE EL MISMO PERIODO DE TIEMPO. SE ENVIA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL EL EL CUAL REPORTA VARICES MODERADAS + QUISTES OVARICOS BILATERALES. NO MANIFIESTA CUADRO RESPIRATORIO, NI GASTROINTESTINAL. SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGICA PARA VALORACION Y POSTERIOR MANEJO. TELEFONO: 0981268320

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE BORDES Y CONTORNO REGULARES TEXTURA HOMOGENEA NO IMAGENES NODULARES QUISTICAS, SE OBSERVA VARICES UTERINAS MODERADAS, ENDOMETRIO LINEAL, FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE, CUELLO UTERINO NORMAL, OVARIO DERECHO SE OBSERVA IMAGENES 6 MICROQUISTICAS, OVARIO IZQUIERDO SE OBSERVA 7IMAGENES MICROQUISTICAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VARICES PELVICAS	I862		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	08:29	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-10-20	08:29	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

