

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	ZAMBRANO	MARIUXI MAGDALENA	11	06	1999	26 años, 0 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350604144	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SIN NOMBRE y	099-383-1315 / (00)-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	1350604144	SANTA RITA	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	06	18
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 26 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, AQX CESÁREA (1), ALERGIAS NO REFIERE, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS: 1 P:0 C:1 A:0. MENARQUÍA: 15 AÑOS. ANTECEDENTE DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: MICROGYNON. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR METRORAGIA, CICLOS MENTRUALES IRREGULARES, DISPAREUNIA, DOLOR PELVICO, SENSACION DE PRESION EN LA VEJIGA, POLAQUIURIA Y GALACTORREA. TRAE A CONSULTA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL EL CUAL REPORTA: OD: SE VISUALIZA IMAGENES ANECOICAS DE BORDES BIEN DEFINIDOS SUGESTIVOS PARA QUISTE EN NUMERO 10-12 QUE GENERA PATRON DE SIGNO DEL ROSARIO. LEIOMIOMATOSIS UTERINA, MIOMA INTRAMURAL, ENDOMETRIO EN FASE PROLIFERATIVA, POLIQUISTOSIS OVARICA UNILATERAL DERECHA. POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA PARA SU CONTROL. SE ENVIA A REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO EN EL TIPO C. AL MISMO TIEMPO MENCIONA QUE HACE 2 SEMANA PRESENTO LEUCORREA AMARILLA Y CON OLOR FETIDO POR EL CUAL SE ENVIA TRATAMIENTO. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-18	09:24	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-06-18	09:24	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

