

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CHASIPANTA       | GUALLICHICO      | MARIA FERNANDA | 15                  | 05  | 1983 | 41 años, 7 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1716699291        | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | RICAURTE y                   | / (11)-111-1111      |
| 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                 | 1716699291      | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2024  | 12  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQX: LIGADURA HACE 9 AÑOS, ALERGIAS: NO REFIERE. AGO: G3 A0 P1 C2 HV 3 CICLOS MENSTRUALES REGULARES 25-06. FUM: 20-09-2024. PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR METRORRAGIAS (SANGRADO ACHOCOLATADO) DE HACE 3 MESES DE EVOLUCION, CONITNUO EN ESCASA A MODERADA CANTIDAD, SE EXHACERBA EN PERIORDOS MENSTRUALES CON DURACION DE 10-15 DIAS, SE ASOCIA A DOLOR PÉLVICO DE MODERADA INTENSIDAD, SIN IRRADIACION Y DE TIPO CÓLICO. EN CONTROL PREVIO SE INDICA TRATAMIENTO CON ACIDO TRANEXAMICO SIN OBSERVAR MEJORIA DEL CUADRO, AL MOMENTO CUADE CON RESULTAODS DE BIOMETRIA HEMATICA OBSERVANDO ANEMIA MODERADA, SE INCIA TRATAMIENTO CON HIERRO PARENTERAL, OBSERVANDO REACCIONES ADVERSAS COMO LIPOTIMIA, SUDORACION, SE MANTIENE EN OBSERVACION POR 3 HORAS, SE INDICA REALIZARSE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL Y ACUDIR PARA SEGUIMIENTO. SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| MENSTRUACION IRREGULAR, NO ESPECIFICADA | N926   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-19 | 08:58 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-19 | 08:58 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |

