

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PARRA            | SUAREZ           | ESPERANZA ELIZABETH | 24                  | 08  | 1986 | 38 años, 4 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1720725314        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | UNIDOS VENCEREMOS y          | 098-987-8782 /       |
| 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                 | 1720725314      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                           |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2024 | 12    | 24  |  |
| 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 con sangrado menstrual excesivo en frecuencia, intensidad y dias, desde hace 8 meses, mensual se enferma de 20 a 22 dias, 4 a 5 toallas sanitarias por dia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN AQNTEVERSION ,ENDOMETRIO HIPERECOGENICO ENGROSADO DE 15.7MM DE ESPESOR, CERVIX ASPECTO NROMAL, SACO DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO; OVARIO DERECHO TAMQAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL SE OBSERVAN 5 FOLICULOS ENTRE 5 A 8 MM/////OVARIO izquierdo TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL SE OBSERVAN 7 FOLICULOS ENTRE 3 A 8 MM

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERPLASIA DE GLANDULA DEL ENDOMETRIO | N850   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-12-24 | 14:45 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |