

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ZAMBRANO	MERCEDES DIOPAGUITA	28	05	1987	37 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1724652845	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	VIA EL CARMEN y SN	099-061-7013 /
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	1724652845	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN	HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	13
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 36 AÑOS, HOA:E5,P5 EUTOCICO,A0 , HISTERECTOMIA TOTAL CON ANEXECTOMIA DERECHA REFIERE POR VIRUS DEL PAPILOMA HACE 18 MESES, REFIERE EL RESULTADO DE LA BIOPSIA LE DIJERON ESTABA NORMAL, ASINTOMATICA, CA 125 19,9 NORMAL, ECO 23-12--24 HISTERECTOMIZADA OVARIO IZQUIERDO FORMACIONES QUISTICA LA MENOR MIDE 27X23 MM, QUISTE DE 66X51X61 MM,RODEANDO EL OVARIO FORMACION QUISTICA DE 95X85X63 MM,exámenes 14-125 hb 13,hto n38%,plaq 239,leuxco 6.7.neutro 53, glucosa 94, urea 22, creatinina 0,7,acido uricom 4, tgp 28,tgo 26, emo negativo, tp 12,ttp 22,inr 0,9, vdrl,vih no reactivas, CA 125 15-1-25 13,9(4-35), SE REALIZA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA X QUISTE DE OVARIO SIN EXERESIS DEL MISMO X ADHERENCIA A COLON Y TA ELEVADAS DE 223/110MMHG, CONTROL DE TA SEMANSL 129/95 MMHG, 135/91 ASINTOMATICA,COME,ORINA Y DEFECA NORMAL,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: EXAMEN RESULTADO UNIDAD V. REFERENCIA HEMATOLOGÍA BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.38 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 13 g/dL 11 - 16 Hematocrito 36.7 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 83.9 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.7 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 35.4 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.1 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 41.6 μm³ Plaquetas 256 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.26 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.3 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 13.2 % 10 - 18 Glóbulos Blancos 9.29 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 36.6 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 50.5 % 55 - 65 Monocitos (%) 7.7 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 4.4 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.8 % 0 - 2 Linfocitos (#) 3.4 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.69 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.72 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.41 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.07 10³/μL 0 - 0.2 Procesado por: Lcda. Fatima Leticia Bravo Anchundia Método: CBC-IMI Automatizado Validado por: Lcda. Fatima Leticia Bravo Anchundia BIOQUÍMICA Urea 33.7 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.82 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.81 mg/dl 2.4 - 6 TGO/AST 33.21 U/L 0 - 31 TGP/ALT 24.44 U/L 0 - 34 Procesado por: Dra. Noralma Jaidith Cañarte Pin Método: Fotometría Automatizada Validado por: Dra. Noralma Jaidith Cañarte Pin COAGULACIÓN Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP) 20.01 seg. 20 - 40 Validado por: Lcda. Fatima Leticia Bravo Anchundia TP TIEMPO DE PROTROMBINA sin reactivo para tp Procesado por: Lcda. Fatima Leticia Bravo Anchundia Método: Coagulometría Automática Validado por: Lcda. Fatima Leticia Bravo Anchundia

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	D27X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	11:24	Ginecología y Obstetricia	IVAN IVAN GUEJE PICO	1755794367	

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
2025-02-13	11:24	Ginecología y Obstetricia	IVAN IVAN GUEJE PICO	1755794367	