

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRALES	SARCO	ODALYS ANDREA	03	02	1999	25 años, 10 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	1750687491	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN ANTONIO y SAN ANTONIO	0968808766
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	999-999-9999 / Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1750687491	SANTA MARTHA	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	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS DE 7 AÑOSDE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO Y SANGRADO TRANSVAGINAL IRREGULAR ABUNDANTE, CAMBIOS DE TOALLAS SANITARIAS 4 A 5 AL DIA POR FLUJO ABUNDANTE USA LAS MATERNITY, NO REFIERE VIDA SEXUAL ACTIVA, ANTECEDENTE MENARQUIA A LOS 12 AÑOS, PAP NINGUNO, FUM 21 / NOV/2024, MAS DE 5 DIAS DE DURACION, NO REFIERE ALERGIAS NO CIRUGIAS, NO HABITOS TOXICOS, BIOMETRIA REALIZADA 15 /10/2024 HB 7,90, ECO TRANSVAGINAL OVARIO DERECHO VOL 15,77MM EN SU INTERIOR QUISTE SIMPLE MIDE 22X20X21MM VOL 5,19CC, OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE VOL 101. 98CC, OCUPADO POR QUISTE SIMPLE DE GRAN TAMAÑO MIDE 52X47X50MM VOL 62,61CC,
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: OVARIO DERECHO VOL 15,77MM EN SU INTERIOR QUISTE SIMPLE MIDE 22X20X21MM VOL 5,19CC, OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE VOL 101. 98CC, OCUPADO POR QUISTE SIMPLE DE GRAN TAMAÑO MIDE 52X47X50MM VOL 62,61CC. SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	08:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

