

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JAMA	ZAMBRANO	MARIA MAGDALENA	10	01	1987	38 años, 9 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311001539	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	GARRAPATILLA y	098-543-2587 /
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	1311001539	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	10	31	
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 39 AÑOS DE EDAD, ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR HACE 1 MES SANGRADO TRANSVAGINAL ABUNDANTE, CON PRESENCIA DE COAGULOS QUE HA IDO DISMINUYENDO CON EL PASAR DE LOS DIAS, ACOMPAÑADO DE DOLOR PELVICO DE MODERADA INTENSIDAD, PACIENTE REFIERE AMENORREA HACE 9 MESES . NO FIEBRE, NO VOMITOS, NO DIARREA. SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL 23/09/2025 ENDOMETRIO LEVEMENTE ENGROSADO DE 5.1MM OVARIO DERECHO CON PRESENCIA DE IMAGENES QUISTICAS EN SU INTERIOR, EL DE MAYOR TAMAÑO 11.4MM X 10.5MM X 10.7MM Y VOLUMEN DE 067CC.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	13:32	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	

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 clínico

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
2025-10-31	13:32	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	