

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PICO	DELGADO	ANGELA MATILDE	02	08	1975	50 años, 5 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0915949150	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COTOPAXI Y MALECON y	098-573-7372 / (99)-999-9999
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	0915949150	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	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 FEMENINA DE 50 AÑOS, APP: ASMATICA, MIOMA APQ: 2 CESAREAS, APG: G2 A0 C2 P0 APF: PAPAS DIABETICOS E HIPERTENSOS. FUM:15/12/2025. ACUDE A ESTA CCASA DE SALUD REFIRIENDO MENSTRUACIONES DE 3 -4 DIAS CON SANGRADO MODERADO PERO DOLOROSAS, PACIENTE REFIERE QUE EN FEBRERO DEL 2025 ACUDIO A CONTROL CON GINECOLOGIA EN HNDC DONDE ESPECIALISTA COMUNICO PRESENCIA DE MIOMAS PEQUEÑOS LOS CUALES DISMINUIRIAN CON LA MENOPAUSEA, PERO AL MOMENTO PACIENTE REFIERE SANGRADOS Y MOLESTIAS DURANTE RELACIONES SEXUALES DOLOR PELVICO EVA 8/10 , SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA VALORACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-13	14:35	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-01-13	14:35	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	