

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | LOOR             | NELI DEL CARMEN | 01                  | 08  | 1974 | 51 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        | 0918527888        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CDLAZAMBRANO y SN            | 098-309-7345 /      |
| 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                 | 0918527888      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 01  | 12  |
| 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 51 AÑOS ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA CONTINUAR CON SEGUIMIENTO Y CONTROL POR PARTE DE GINECOLOGÍA POR CIRUGIA PROGRAMADA, PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA, REFIERE ANTECEDENTE DE MIOMA UTERINO CON SANGRADOS ABUNDANTES, REFIERE ESTAR EN CONTROL CON GINECOOBSTETRICIA, SE REALIZARA REFERENCIA PARA HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, AL MOMENTO, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, GLAS GOW 15/15

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-12 | 13:51 | Medicina Rural | FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO | 1313078071 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-12 | 13:51 | Medicina Rural | FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO | 1313078071 |       |