

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CEDEÑO	SANTA VERONICA	04	04	1985	40 años, 9 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0924171457	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	SAN PABLO y	999-999-9999 /
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	0924171457	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	02	03	
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

USUARIO CON APP DE LEIOMIOMATOSIS UTERINA CON SANGRADO DIFUSO CON EL PERIODO MENTRUAL IRREGULAR CON UNA DUREACION DE HASTA 10 DIA CON UN VOLUMEN SUPERIOR A 40ML DIA CON UNA FRECUENCIA DE CADA 20 25 DIAS... CON ECOGRAFIA COMPATIBLE CON MIOMATOSIS INTRAMURAL DE UTERO... PLAN: SE TRAMITA REFERENCIA PARA VALORACION POR GO DEL HNDC DE CHONE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: RIÑÓN DERECHO 112 MM X 38 MM SONICAMENTE NORMAL RIÑÓN IZQUIERDO 113MM X 39MM DESCRIBE FOCOS ECOGENICOS DE HASTA 6MM PROYECTAN SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR COMPATIBLES CON LITIASIS ID. CALCULO DE RIÑÓN
ULTRASONIDO: UTERO EN ANTEROVERSION PERFIL REGULAR 140MM X 63 MM AP 66MM AUMENTADO DE TAMAÑO CON MULTIPLES TEXTURAS HETEROGENEA DE ASPECTO FIBROSO DE 46MM X 40MM COMPATIBLES CON MIOMATOSIS UTERINA. ID. LEIOMIOMA INTRAMURAL DE UTERO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	09:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	09:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	