

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	VERA	MARIANA DE LA O	06	08	1955	69 años, 5 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301991152	MANABI	CHONE	CANUTO	CDLA VIRGEN DE GUADALUPE y X	099-575-3268 /
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	1301991152	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01	30
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 FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD CON APP: DE CIRROSIS HEPATICA APF: HERMANA DIABETICA E HTA. APQ: VESICULA. ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE QUE PRESENTA SANGRADO VAGINAL DE 4 MESES DE EVOLUCION INDICA FAMILIAR DEL PACIENTE QUE ESTA LLEVABA CONTROL CON GINECOLOGIA POR LO QUE IBA A ASISITIR A CITA DE CONTROL DONDE LE IBA A REALIZAR UNA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PERO POR COMPLICACIONES DE SU CIRROSIS HEPATICA DONDE PASO INGRESA EN UCI NO PUDO ASISTIR A LA CITA POR LO QUE SE ACERCA A ESTA CASA DE SALUD PARA PEDIR REFERENCIA TANTO PARA LLEVAR CONTROL POR GINECOLOGIA NUEVAMENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO NO SE ENCUENTRA SANGRADO VAGINAL ACTIVO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	08:37	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-01-30	08:37	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	