

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	NEVAREZ	CLAUDIA MAYIYA	15	10	1972	53 años, 5 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305541698	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE CENTRO y	099-211-1860 / (00)-000-0000
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	1305541698	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		2026	03	23
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 53 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPOACUSIA, MAREOS, LABERINTITIS, OTITIS RECURRENTE DE LA INFANCIA, PROBLEMA CARDIACO, ARTRITIS REUMATOIDEA, NERVIIO CIATICO, MIOMAS. MEDICACIÓN: MICROSER 24MG, ALERGIAS: NO REFIERE, ANTECEDENTE QUIRURGICO: 2 CESAREAS, VESICULA. ANTECEDENTES PATOLÓGICO FAMILIARES: MADRE CON LABERINTITIS. PACIENTE ACUDE AL CENTRO CON ECOGRAFIA VAGINAL DONDE REPORTA MIOMAS, PACIENTE CON FRECUENTE DOLOR Y SANGRADO EN OCASIONES CUANDO HAY RELACIONES SEXUALES, PACIENTE ACTIVA , REACTIVA. COLABORA CON EL INTERROGATORIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. 0992111860

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	08:34	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-03-23	08:34	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	