

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TRIVIÑO	ALCIVAR	ROCIO DEL PILAR	26	03	1970	55 años, 9 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306226323	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y CHONE	099-788-4240 /
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	1306226323	SAN ANTONIO	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	07
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 DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO POR DOLOR EN EL ABDOMEN INFERIOR, SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE ACOMPAÑADO DE COAGULOS , ECOGRAFIA GINECOLOGICA REPORTA UTERO DE ASPECTO FIBROSO, EN SU INTERIOR SE OBSERVAN CUATRO FORMACIONES TRES HIPERECOGENICAS Y UNA LIGERAMENTE HIPERECOGENICA DE FORMA OVOIDE NOM VASCULARIZADAS, CON BORDES LIMITANTES (MIOMAS INTRAMURALES) , SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO GINECOLOGO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA GINECOLOGICA REPORTA UTERO DE ASPECTO FIBROSO, EN SU INTERIOR SE OBSERVAN CUATRO FORMACIONES TRES HIPERECOGENICAS Y UNA LIGERAMENTE HIPERECOGENICA DE FORMA OVOIDE NOM VASCULARIZADAS, CON BORDES LIMITANTES (MIOMAS INTRAMURAL)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-07	13:49	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2026-01-07	13:49	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

