

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAGUA	SANCHEZ	GLADYS OTTITA	19	04	1973	52 años, 3 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	1307166825	MANABI	CHONE	CANUTO	CDLA COLAMARCO y X	096-987-7040 /
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	1307166825	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	07	30
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 52 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE MAS MENOS 1 AÑO 6 MESES DONDE PRESENTA DOLORES ABDOMINALES INSTENSOS Y SANGRADOS VAGINALES RECURRENTES. SE REALIZO ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DONDE SE EVIDENCIA MIOMAS. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Se realiza ecografía transvaginal observando útero en anteversión heterogéneo por presencia de 3 miomas intramural a nivel de fonde de 9,1mm x 6,1mm., 7,5mm x 6,4mm y 1,02cm x 0,95cm. respectivamente,útero de borde irregular mide 6,53cm de largo y 3,47cm. de ancho. Endometrio heterogéneo de 10,4mm. Ovarios normales. Presencia de quistes de Naboth en número de 3. ausencia de líquido en saco de Douglas. DIAGNOSTICO: MIOMATOSIS UTERINA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	11:25	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
2025-07-30	11:25	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	