

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VERA	ESILDA MARIA	23	02	1975	50 años, 8 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307661783	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BOYACA y SITIO LA VICTORIA	098-121-8833 /
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	1307661783	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	19
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 50 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA VAGINAL AL MOMENTO REFIERE QUE YA NO HAY SANGRADO MENSTRUAL EXCESIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN ATEROVERSION DE DIMENSIONES NORMALES ECOGENISIDAD CONSERVADA, SE OBSERVA UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA MASA , BORDES REGULARES , ECOGENISIDA HOMOGENEA, VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA LOCALIZADA EN EL MIOMETRIO CARA ANTERIOR SUGESTIVA A MIOMA MIDE 2.13X2.17X2.22 CM ,EDOMETRIO GRUESO
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-19	11:22	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-19	11:22	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	