

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAMPOZANO	ORMAZA	MAGDALENA ELIZABETH	21	02	1973	53 años, 4 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307886018	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	AV ELOY ALFARO y AV ELOY ALFARO	098-894-8495 /
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	1307886018	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	06	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 CON AAPP DE SOBREPESO, REFIERE SUSPENSIÓN DE LA MENSTRUACIÓN HACE +/- UN AÑO, PERO DESPUÉS DE 2-3 MESES, APARECIÓ METRORRAGIAS + HIPER/ POLIMENORREA 8-10 /30 DÍAS, ACOMPAÑADO DE CÓLICOS, LO QUE LA TIENE PREOCUPADA, SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0980652775 - 0981790626 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL 03/06/2026. UTERO ANVERSO FLEXO CENTRAL, BORDES IRREGULARES, NO GESTANTE, MIOMETRIO HETEROGÉNEO, ASIMÉTRICO, SIN FOCOS VASCULARES, CON RAREFACCIONES, PRESENCIA DE MASA HIPOGÈNICA, BIEN DEFINIDA, CON VASCULARIDAD PERIFÉRICA, TIPO 2-5 EN LA CLASIFICACIÓN FIGO, DE 79x70x86 mm, 248.11 cc. OVARIO IZQUIERDO EN FOSA OVÁRICA, HETEROGÉNEO, POR QUISTE FOLICULAR SIMPLE, ÁLGIDO A LA COMPRESIÓN DE LA SONTA ACÚSTICA, DE 34x26x25 mm, VOLUMEN OVARIO IZQUIERDO 18.52 cc.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	14:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-30	14:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

