

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUAREZ	TOALA	MARIA CRISTINA	02	11	1967	56 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308032455	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA AURORA y	096-938-0383 /
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	1308032455	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2024	09	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

AÑO 2018 Y 2019 PACIENTE ESTUBO POR SER OPOERADA EN EL HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ DE LEIOMIOMA INTRAMURAL Y QUISTE DE OVARIO DERECHO EL CUAL NO SE EFECTIVIZO , LEIOMIOMA CARAQ POSTERIRO DEL CUERPO DEL UTERO DE 27 MM EN ESE ENTONCES , PAREDES DEL CERVIX ENGROSADAS, ESPESOR DE 20MM R3EFORZADAS AL MEDIO DE CONTRASTE , INDICA REFERENCIA DE ESE ENTONCES QUE NO SE DESCARTA NEOPLASIA CERVICAL MAS MIOMATOSIS UTERINA, MENOS PROBABLE LA OVARICA.; ACTUALMENTE DESDE HACE 2-3 AÑOS PACIENTE SIENTE ABDOMEN DURO DOLOROSO EN FORMA DIFUSO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

tac y eco masa

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA INTRAABDOMINAL Y PELVICA	R190		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-23	12:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	

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 clínico

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
2024-09-23	12:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	