

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	CARCELEN	ZOILA MARGARITA	13	10	1973	51 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308033800	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y	099-039-5950 /
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	1308033800	SANTA MARTHA	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	01	14
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 51 AÑOS, REFIERE SANGRADO TRANS VAGINAL DE MODERADA CANTIDAD DE MAS DE UN MES DE EVOLUCION, ACOMPAÑADO DE CANSANCIO Y DECAIMIENTO, RAE ECOGRAFIA DEL 3/1/2025: EPORTA UTERO PRESENCIA DE MASA HIPOECOGENICA SUBSEROSA DE 63MM POR 65 MM DE DIAMTERO TRANSVERSAL DE CONTORNO IRREGULAR ASPECTO HETEROGENEO MIOMETRIO DE PARED ANTERIOR PRESENCIA DE MASA HIPOECOGENICA INTRAMURAL, DE 53MM POR 41 COMPATIBLE CON MIOMADE ENDOMETRIO DE 20MM ESPESOR HIPERPLASICO, CUELLO UTERINO NORMAL, POLO SUPERIOR DE UTERO PRESENCIA DE MASA HIPOECOGENICA SUBSEROSA DE 66 POR 56 MM DE CONTORNO REGULAR, ENCAPSULADA AL MAPEO DOPLER PRESENCIA DE FLUJO DIFUSO, MASA COMPATIBLE CON MIOMAOVARIO DERCHO 29MM X 20MM, OVARIOMIZQUIERDO 28X20MM, FONDO DE SACO LIBRE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	11:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

