

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ROSADO           | CEDEÑO           | MARIA DEL QUINCHE | 21                  | 04  | 1971 | 55 años, 3 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308100476        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO LE GUINEO y SN         | 099-099-1206 /      |
| 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                 | 1308100476      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2026  | 08  | 05  |
| 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

FEM DE 55 AÑOS . APP HAS C MANEJADA CON VALSARTAN 320MG/AMLODIPINO 5MG. APQ: MIOMECTOMIA HACE 15 AÑOS , OTB. ALERGIA: NEGADO. PACIENTE CON MIOMA SUBMUCOSO VS POLIPO ENDOMETRIAL CANDIDATA A HISTERECTOMIA ABDOMINAL SE SOLICITA VALORACION CARDIOLOGICA PREOPERATORIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITADOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------|--------|-----|-----|
| LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO | D250   | X   |     |
| OTROS EXAMENES ESPECIALE      | Z018   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD              | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO            | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
| 2026-08-05 | 13:15 | Ginecología y Obstetricia | MELANY MARIA GALLARDO JARAMILLO | 1016-2018-1975438 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
| 2026-08-05 | 13:15 | Ginecología y Obstetricia | MELANY MARIA GALLARDO JARAMILLO | 1016-2018-1975438 |       |

