

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	RODRIGUEZ	CARMEN BEATRIZ	17	06	1976	49 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308272697	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	093-904-8441 /
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	1308272697	SANTA RITA	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	09	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 FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR DOLOR PELVICO Y PERINEAL EVA 8/10 Y SANGRADO IRREGULAR
PACIENTE ECOGRAFIA TRANS VAGINAL REALIZADA IMPRESION DIAGNOSTICA LEIOMIOMAS, NO ESPECIFICOS EN NUMERO DE 3. YA
CONTABA CON TURNO EN EL SEGUNDO NIVEL PERO LE SOLICITARON NUEVA REFERENCIA PARA ATENCION. PACIENTE REFIERE QUE
CUENTA CON EXAMENES Y ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL. SE BRINDA ASESORIA EN DIETA Y ALIMENTACION Y ASESORIA EN CUIDADOS
GENERALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL SIAMETROS NORMALES ECOGENISIDAD HETEROGENEA SE OBSERVAIMAGENES DE BORDES REGULARES
REDONDEADAS COMPATIBLE CON MIOMAS EN NUMERO DE 3 MIDEN ENTRE 6 Y 9 MM PRESENCIA DE LIQUIDO EN EL SACO DE
DOUGLAS OVARIOS CONSERVADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-19	09:40	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-09-19	09:40	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

