

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CEDEÑO	AGUSTINA ARACELY	28	08	1975	50 años, 3 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308276763	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA ESTRELLA y	097-869-4691 /
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	1308276763	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	12	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

PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD G3A0P1C1, MAS LIGADURA HACE 22 AÑOS Y POSTERIOR A LIGADURA TUVO UN EMBARAZO HACE 5 AÑOS PERO PERDIÓ. ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA TIPO CÓLICO DE GRAN INTENSIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE SANGRADO MENSTRUAL DE COÁGULOS. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL, ENDOMETRIO GRUESO DE TAMAÑO ECOGENICIDAD HOMOGENEO, SACO DE DOUGLAS LIBRE LIQUIDO. OVARIO DERECHO TAMAÑO NORMAL PRESENCIA DE UN QUISTE DE 9 MM SIN DILATACIÓN. OVARIO IZQUIERDO TAMAPO ECOGENICIDAD NORMAL PRESENCIA DE QUISTES DE 3MM SIN DILATACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	10:20	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmsEC

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
2025-12-05	10:20	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	