

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CEDEÑO	AGUSTINA ARACELY	28	08	1975	50 años, 6 meses, 11 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	RICAURTE	LA ESTRELLA y	097-869-4691 /
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	1308276763	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	11
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 50 AÑOS CON APP DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON 50 MG QD ACUDE POR METRORRAGIA DE 9 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE SE ACOMPAÑA DE DISMENORREA DE MODERADA INTENSIDAD CON LA PRESENCIA DE COÁGULOS EN ABUNDANTE CANTIDAD; TRAE ECOGRAFÍA QUE REPORTA UN ANTECEDENTE DE OVARIO POLIQUISTICO; SIN EMBARGO, DEBIDO A LOS NULOS CONTROLES DE SU PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y ANTE LAS SOSPECHAS DIAGNÓSTICAS SE HACE REFERENCIA PARA CONTROL EN SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

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, ID OVARIO POLIQUISTICO. SE OBSERVA IMAGEN HETEROGÉNEA QUE HACE PENSAR EN ADENOMIOSIS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	09:04	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-03-11	09:04	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

