

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	FARFAN	MONICA PATRICIA	10	06	1974	51 años, 11 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308499068	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SD y	000-000-0000 /
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	1308499068	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	05	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE PRESENTA SANGRADO TRASVAGINAL DE MODERADA INTENSIDAD TRAE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL CON UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO CUERPO UTERINO QUE MIDE EN CORTE SAGITAL 95X47 MM APROXIMADAMENTE, DE CONTORNOS LOBULADOS CON PRESENCIA DE MULTIPLES FIBROMAS SUBSEROSOS , INTRAMURALES Y SUBMUCOSOS DE 41MM,36MM 26 MM,ENDOMETRIO QUE MIDE 14 MM ASPECTO SECRETOR , CERVIX DE TAMAÑO NORMAL CONPRESENCIA DE MULTIPLES QUISTE DE NABOTH DE 7 MM CON DIAGNOSTICO DE UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO CON PRESENCIA DE FIBROMAS SUBSEROSOS, PEQUEÑOS QUISTES DE NABOTH EN CERVIX, POR LO QUE SE SOLICITA TRATAMIENTO CON ESPECIALISTA GINECOLOGIA, EL CONTACTO TELEFONICO DEL PACIENTE ES 0997467155, 0994742157

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO CON PRESENCIA DE FIBROMAS SUBSEROSOS ,INTRAMURALES Y SUBMUCOSOS, PEQUEÑOS QUISTE DE NABOTH .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	15:56	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

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
2026-05-29	15:56	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

