

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MACAY	LUCIA LEONOR	07	04	1979	47 años, 2 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309305942	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	24 DE MAYO y	/ (00)-000-0000
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	1309305942	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 NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	02
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 DE 47 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR REVISIÓN DE ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL QUE SE REALIZO EL 30/06/2026. QUE REPORTA MIOMAS UTERINOS. REFIERE LEVE DOLOR PELVICO, SANGRADOS VAGINALES ABUNDANTES DURANTE DE LA MENSTRUACION. ANTECEDENTES QUIRURGICOS: MIOMECTOMIA HACE 1 AÑO. DOMICILIO: CALLE FEDERICO PAEZ, CELULAR: 0988795366
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: Útero retro verso flexo, central, bordes ir regulares, no gestante, miometrio heterogéneo, asimétrico, con focos vasculares, con rarefacciones , presencia de imágenes hipo ecogénicas , bien definidas, las mayores en cara anterior, posterior y fondo, de 25x28x24mm, 8.6cc; 32x22x36mm, 13cc; 46x3 6x45mm, 38cc (miomas) tipo 4 en la clasificación FIGO. 2. Cara anterior: 33 mm (ref. normal: menor a 15mm) 3. Cara posterior: 30 mm (ref. normal: menor a 15mm)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	09:13	Obstetricia	KATTY MARIA CEDEÑO RODRIGUEZ	1206699983	

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
2026-07-02	09:13	Obstetricia	KATTY MARIA CEDEÑO RODRIGUEZ	1206699983	

