

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	FRANCO	MARIA DEL CARMEN	22	01	1981	45 años, 5 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309437067	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	099-772-9885 /
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	1309437067	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	07
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

MUJER DE 45 AÑOS DE EDAD, CON DISCAPACIDAD FISICA 35% CON APP: MIOMA UTERINO, QUISTE OVARICO, ARTRITIS REUMATOIDE, APF: MADRE DM, HERMANA: CA PRESUNTAMENTE DE OVARIO, APQX: LEGRADO UTERINO DX X POLIPOS, ALERGIAS: TRAMADOL, FUM 16/06/26 ACUDE POR ANTECEDENTE DE SANGRADO UTERINO ABUNDANTE DESDE FEBRERO/2025 DE 15 DIAS DE DURACION, EN EL MES DE (JULIO 2025) LE REALIZAN LEGRADO DX DONDE NO LE ENCUENTRAN MIOMAS, SE EVIDENCIAN POLIPOS UTERINOS. EN SEGUIMIENTO POR MIOMAS UTERINOS EN HOSPITAL DE CHONE GINECOLOGIA AL MOMENTO NIEGA SINTOMAS, NI SANGRADOS. HOY ALERTA Y ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE REALIZACION DE ECO TV CON INFORME EN HOSPITAL DE CHONE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	08:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-07-07	08:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	