

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	CEDEÑO	KETY MANUELA	23	10	1975	50 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309446712	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	POZONES y SN	099-038-6892 /
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	1309446712	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	21	
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

PCTYE DE 50 AÑOS DE EDAD. G4 P4. NO LIGADA. FUM: 28 DE SEPTIEMBRE. APP: HTA EN TTO LOSARTAN 50 MG. PAPANICOLAOU HACE 1 AÑO. NORMAL. REFIERE MOLESTIAS URINARIAS. MAS SANGRADO ABUNDANTE. SINTOMAS VASOMOTORES. TRAE PAPANICOLAOUS DEL 28/11/2025 EL CUAL REPORTA INFLAMACION + FLORA BACILAR.ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DEL 12/12/2025: ENDOMETRIO ENGROSADO, MIOMATOSIS UTERINA UNICA TIPO TRANSMURAL. EXAMENES HORMONALES DEL 26/12/2025: T3 TOTAL 1.17 T4 TOTAL 8.7 TSH 2.29 FSH 118.20 ESTRADIOL 211.31. AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE Y ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DEL 12/12/2025: ENDOMETRIO ENGROSADO, MIOMATOSIS UTERINA UNICA TIPO TRANSMURAL CITOLOGIA: PAPANICOLAOUS DEL 28/11/2025 EL CUAL REPORTA INFLAMACION + FLORA BACILAR ACTH: EXAMENES HORMONALES DEL 26/12/2025: T3 TOTAL 1.17 T4 TOTAL 8.7 TSH 2.29 FSH 118.20 ESTRADIOL 211.31.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	13:34	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

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
2026-01-21	13:34	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

