

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	VERA	MARIANA IRENE	25	02	1981	45 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309620894	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	098-005-0413 /
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	1309620894	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	22
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

PCTE DE 45 AÑOS DE EDAD, REFERIDA DE CENTRO DE SALUD POR MIOMA UTERINO ,FUM:14-7-2025, ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:2 CESAREAS ,ALERGIAS: NO RECONOCIDAS, ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTAS 2 PARTOS 0 ABORTOS 0 CESÁREAS 2 , MENARQUIA A LOS 11 AÑOS , ECOGRAFÍAS: 2 SEMANAS CON MIOMAS UTERINOS,PAPANICOLAU:NO ,MAMOGRAFIA:NO,AL EXAMEN FISICO: PCTE CON TRASTORNOS MENSTRUALES ,SE VALORAN EXAMENES Y SE DECIDE REFERENCIA A HOSPIOTAL DE CHONE POR QUIROFANO INOPERATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UTERO CON MULTIPLES MIOMAS ,HB 8.3 GDL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	14:44	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	

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 clínico

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
2026-07-22	14:44	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	