

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	RENDON	ADRIANA MARIA	19	07	1980	46 años, 0 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309676151	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	098-673-7388 /
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	1309676151	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	20
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 46 AÑOS DE EDAD, REFERIDA DE CENTRO DE SALUD POR MIOMA UTERINO ,FUM:2-7-2026, ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:SALPINGECTOMIA ,MAMA SUPERNUMERARIA IZQUIERDA,ALERGIAS: NO RECONOCIDAS, ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTAS 3 PARTOS 3 ABORTOS 0 CESÁREAS 0 , MENARQUIA A LOS 14 AÑOS , ECOGRAFÍAS: ECOGRAFIA 1 MES CON MIOMA UTERINO DE 3 CM ,Y CON UTERO DE 11.4 CM,TRASTORNOS MENS TRUALES ,PAPANICOLAU:NO ,MAMOGRAFIA:NO,AL EXAMEN FISICO: PCTE CON MIOMA UTERINO QUE SE INDICA EXAMEN DE LABORATORIO Y PAPAPNICOLAU,PARA LUEGO REFERIR A CHONE PARA VALORAR CIRUGIA GINECOLOGICA POR QUIROFANO INOPERATIVO..

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA CON ÚTERO 114X7 X 8.9 CM,EN CARA POSTERIOR MIOMA DE 33 MM,CON IMAGEN EN ANEXO IZQUIERDO QUE IMPRESIONA HIDROSALPING IZQUIERDO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	13:52	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 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
2026-07-20	13:52	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	

