

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	SALDARRIAGA	MABEL ENDUVIGIS	19	11	1978	47 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309867701	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CDLA ELBA GONSALEZ y CDLA ELBA GONSALEZ	096-834-5176 /
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/Área		
MSP	1309867701	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 DE CHONE	Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		2026	08	04
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 QUE PRESENTA SANGRADO TRASVAGINAL DE 8 DIAS DE EVOLUCION CON COAGULOS ACOMPAÑADO DE DOLOR PELVICO DE MODERADA INTENSIDAD,TRAE ECOGRAFIA TRASVAGINAL CON DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA, MAS QUISTE DE OVARIO DERECHO.,POR LO QUE SE SOLICITA ESPECIALISTA GINECOLOGO PARA SU DEBIDO TRATAMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TRASVAGINAL UTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HOMOGENEA SE OBSERVA 1 IMAGEN NODULAR QUE CORRESPONDE A MIOMA SUBMUCOSO QUE SE IRRADIA A ENDOMETRIO.OVARIO DERECHO PRESENCIA DE 1 IMAGEN QUISTICA FOLICULAR.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	13:32	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

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
2026-08-04	13:32	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

