

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	SALDARRIAGA	LADY YULIANA	10	02	1982	42 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	0994706713
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309931564	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE BENITO SANTO y	099-487-6713 /
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	1309931564	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	01	10
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

ANTECEDENTE DE SANGRADO TRANSVAGINAL IRREGULAR HACE 2 MESES FUM 1/1/2025 DE 4 DIAS DE DURACION , REFIERE QUE SE HA REALIZADO EX DE CONTROL 6/1/2025: HB 11.1, PLAQ 335, GLUCOSA 113, CR 27, TGL 112, UROANALISIS NORMAL, ANTECEDENTED G-0, G2, P 1, C1, A 0, LIGADURA DE TROMPAS HACE 4 AÑOS, PAP HACE 6 AÑOS.CIRUGIAS APENDICECTOMIA HACE 10 AÑOS, COLCISTECTOMIA HACE 4 AÑOS. NO REFIERE ANTECEDENTE PATOLOGICOS PERSONALES ECOGRAFIA 6/1/20025: UTERO CONTORNO NORMAL, DE ASPECTO FIBROSO, ENDOMETRIO LINEAL, UNA IMAGEN NODULAR CORRSPONDE A MIOMA SUBMUCOSO MIDE APROX 2,57CM , OVARIOS NORMALES, FONDO DE SACO DOUGLAS LIBRE, CUELLO UTERINO NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-10	09:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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