

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	LOOR	ROSA CARMEN	14	08	1980	45 años, 3 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310005978	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	099-591-7805 /
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	1310005978	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	26	
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

CONTROL GINECOLOGICO PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR MASA EN FOSA ILIACA DERECHO ACOMPAÑADA DE INFLAMACION Y DOLOR PELVICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION, FUM: 04/11/2025 AGO: G5 C3 A2 P0

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN RETROVERSION DE 89MM POR 37MM, DE CONTORNO IRREGULAR MIOMETRIO PARED POSTERIOR PRESENCIA DE MASA INTRAMURAL Y SUBSEROSA DE 111MM POR 91 MM DE CONTORNO IRREGULAR ASPECTO HOMOGENEO AL MAPEO DOPPLER PRESENCIA DE FLUJO PERIFERICO MASA DE ETIOLOGIA A DETERMINAR ENDOMETRIO DE 15MM DE ESPESOR CERVIX NORMAL, FONDO DESACO DE DOUGLAS LIBRE ANEXOS NORMAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	D269		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	14:11	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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