

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMOS	VERA	HERMELINDA SEBASTIANA	02	11	1974	51 años, 6 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310006760	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL TAMBO y EL TAMBO	099-582-5531 /
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	1310006760	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 NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	21
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 clinico

PACIENTE CON APP DE OBESIDAD, HTA CON TTO CON LOSARTAN 50mg UNA TABLETA AL DIA, LEIOMIOMA DESDE HACE +/- 3 AÑOS. IBA A RECIBIR TTO QUIRÚRGICO EN HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR, PERO POR FALTA DE RECURSOS EN MSP, NO SE LE REALIZO, EN LA ACTUALIDAD MANTIENE TTO CONSERVADOR PARA LA ANEMIA. PRESENTA SÍNTOMAS COMO HIPERPOLIMENORREA, FM: 20/30, PROVOCANDO ANEMIA SEVERASECUNDARIA, PROVOCANDO MAREOS, DECAIMIENTO, CANSANCIO, SUEÑO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 4 (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 18 (MUY ALTO). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACIÓN Y DETERMINAR TTO MEDICO / QUIRÚRGICO. *** 0995825531 - 0998704260 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Hb: 6.45 mg/dl, Hcto: 20.5%, Hematies: 3.00 x10¹²/L, Plaquetas: 771 mmc, Leucocitos: 7.73 mmc. (Lin 36.60, Seg 49.07, Mon 12.30, Eos 1.97, Bas 0.06).

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-21	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

