

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GARCIA	CECILIA AMPARO	07	07	1978	47 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310017908	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL RECUERDO y 098-054-4895 / (99)-999-9999
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	1310017908	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	11
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

Paciente consulta por presentar dolor en hipogastrio de 3 días de evolución, mas menstruacion abundante de un año de evolución, mas prurito en vulva de un año de evolución, al examen físico general normal, tiene resultado de ecografia transvaginal realñizada el 4/12/2025 que reporta miomas intramurales, refiere que ya ha tenido control en segundo nivel, pero continua con la patologia, a pesar de que en los 2 ultimos mees refiere que sangrados menstruales se presentan en menos cantidad, al examen ginecologico no se observa leucorrea, eritema en vulva , abdomen blando, depresible doloroso a la palpacion profunda, se refiere a segundo nivel, se solicita examnes de laboratorio y continuar en control.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO, OCUPADO EN SU INTERIORPOR 2 IMAGENES DE CONSISTENCIA MASA DE BORDES REGULARES, ECOGENISIDAD HOMOGENEA, VASCULARIZACION PERIFERICA SUGESTIVA DE MIOMA INTRAMURALK, LA DE MAYOR TAMAÑO DE 4,16 X 4,65

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-11	14:10	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

Firmado electrónicamente por:
JANNINA MONSERRAT
AMBROSSI DE LA A
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-11	14:10	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

