

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	REYES	MARTHA DE LOURDES	14	02	1981	45 años, 4 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310068349	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	SITIO VALENTIN y	099-214-2906 /
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	1310068349	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	24
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 CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR MIALGIAS DE INTENSIDAD VARIABLE, ADEMAS DE CEFALEAS FRECUENTES, CANSANCIO FACIL, CURSA CON CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SANGRADO VAGINAL CONSTANTE EN LEVE CANTIDAD, EN FECHA 31 DE MAYO PRESENTO SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE CON INTENSO DOLOR TIPO COLICO QUE DURO 8 DIAS. SE REALIZO ECOGRAFIA TV 15/05/2026: PRESENCIA DE MIOMA UTERINO CON MEDIDAS 8.8MM 7.0 MM X 8.4MM CON UN VOLUMEN DE 0.27CC UBICADA EN PARED ANTEROSUPERIOR DEL AREA MIOMETRIA, FIGO: 4, PRESENTA ADEMAS CALCIFICACION EN CUERPO UTERINO QUE MIDE 5.0MM X 19MM. SE REALIZO PAP TEST 13/05/2026: CUELLO DE ASPECTO INFLAMATORIO, FLORA BACILAR CODIGO 32 A.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	11:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-06-24	11:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

