

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MARCILLO	JESSENIA KARINA	09	02	1983	43 años, 1 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	1310166093	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIUDADELA SAN ANTONIO y CIUDADELA SAN ANTONIO	098-087-6370 /
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	1310166093	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	03	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 43 AÑOS SIN ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA, ACUDE A CONTROL MEDICO POR PRESENTAR METRORRAGIAS Y DISMENORREA FRECUENTE, DE 1 AÑO DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, CON AUMENTO PROGRESIVO, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA, DIGESTIVA NI RESPIRATORIA, RESTO DE EXAMEN CON NORMALIDAD, AFEBRIL, HIDRATADA. ACUDE CON EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE CONFIRMAN DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA. SE LE REALIZA REFERENCIA PARA POSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO HIPERTROFICO BORDES IRREGULARES DEFINIDOS, CONTENIDO ANECOICO SUGESTIVO A ORINA, SE DENOTA EN SU PARENQUIMA MASA ANECOICA DE BORDES DEFINIDOS SIN CIRCULACION PERIFERICA Y CENTRAL DE MEDIDAS 3.9CM *3.3CM COMPATIBLE CON MIOMA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	10:58	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2026-03-19	10:58	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

