

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GUERRERO         | CEDEÑO           | CARMEN YASMINA | 27                  | 02  | 1982 | 43 años, 5 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310405004        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | CALLE FRANK VARGAS y         | 098-053-4429 / (09)-805-3442 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1310405004      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                           | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2025  | 08  | 05  |
| 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 FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO APP HTA TOMA VALSARTAN + AMLODIPINO 160 MG /5MG DURANTE: CON FUM: 20/07/2025 , AGO: G 4 P2 A1C 1 FECHA DE ÚLTIMO PARTO O CESÁREA:30/01 AL MOMENTO REFIERE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO CON LOCALIZACION EN REGION PELVICA ADEMÁS REFEIRE SANGRADO ABUNDANTE DURANTE LA MENSTRUACION MOTIVO POR EL CUAL ACUDE EN REVISION DE ECOGRAFIA LA CUAL REPORTA MIOMATOSIS UTERINA AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. CUELLO NO ADENOPATÍAS . SUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS. MUCOSAS, HIDRATADA. PIEL: LUCE NORMAL PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA REPORTA MIOMATOSIS UTERINA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-05 | 13:53 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-05 | 13:53 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

