

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PARRAGA          | CEDEÑO           | ANA KARINA | 06                  | 12  | 1979 | 46 años, 6 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310437510        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | VIA AL TAMBO y               | 099-954-8593 /      |
| 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                 | 1310437510                               | 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           | 07  | 01  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                                                    | Servicio                                             | Especialidad              |  | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PCTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTAS 0 PARTOS 2 ABORTOS 0 CESÁREAS 1 , MENARQUIA A LOS 11 AÑOS , ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA A GINECOLOGIUA POR HIPERPOLIMENORREA Y ECOGRAFIA 31/07/2025 QUE REPORTA: PRESENCIA DE IMAGEN IRREGULAR EOGENICA CON TRONCO VASCULAR CENTRAL DE 15 x 14 x 11 mm IMPRESIONADA ADOSARCSE A CARA FUNDICA POSTERIOR POR LO QUE IMPRESIONA SER UN POLIPO ENDOMETRIAL UTERO DE 6 X 5 CM. CON SIFILIS REACTIVA 1:1,SE DECIDE TRATAMIENTO CON PENICILINA BENZATINICA 2400 MILLONES CADA SEMANA Y REFERENCIA A II NIVEL. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA 31/07/2025 QUE REPORTA: PRESENCIA DE IMAGEN IRREGULAR EOGENICA CON TRONCO VASCULAR CENTRAL DE 15 x 14 x 11 mm IMPRESIONADA ADOSARCSE A CARA FUNDICA POSTERIOR POR LO QUE IMPRESIONA SER UN POLIPO ENDOMETRIAL UTERO DE 6 X 5 CM. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| POLIPO DEL CUERPO DEL UTERO | N840   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-01 | 14:48 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-01 | 14:48 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

