

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CEVALLOS	ANA LUCIA	05	11	1977	48 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310625098	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	MONITO 2 y	098-585-2519 /
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	1310625098	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	01	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 FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD,CON ANTECEDENTE DE MIOMAS UTERIONOS, HACE 11 AÑOS EN TRATAMIENTO CON ACETATO DE ULIPRISTAL (3 MESES CON ESTE MEDICAMENTO), ADEMAS CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DE 1 AÑO DE OOFORECTOMIA UNILATERAL DERECHO POR QUISTE. PACIENTE NO CUENTA CON PAPANICOLAO. AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO PROFUNDO.ADEMAS SE PALPA MASA EN REGION UMBILICAL. NO REFIERE SECRECION VAGINAL, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA NI DIGESTIVA. PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. SE REALIZA REFERENCIA PARAPOSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-05	11:17	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
2026-01-05	11:17	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	