

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SALAVARRIA	ROXANA MARGARITA	24	07	1984	41 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310628712	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA HACHA y	096-412-8315 /
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	1310628712	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	08	25
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 41 AÑOS DE EDAD, APP HTA TRATADA CON LOSARTAN 100MG, ALERGIAS NO REFIERE, AQPX COLECISTECTOMIA, APENDICECTOMIA Y CESAREA EN 3 OCASIONES. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE DOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SANGRADOS ABUNDANTES, CICLOS MENSTRUALES PROLONGADOS Y DISMENORREA. ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REPORTA PRESENCIA DE MIOMA DE 2.1X1.7CM. ADEMAS REFIERE QUE ESTA PROGRAMADA PARA CIRUGIA POR LIPOMA LOCALIZADO EN REGION MASTOIDEA DERECHA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: MIOMA DE 21X17 MM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	15:43	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	 FIRMA electrónicamente por: CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-08-25	15:43	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	