

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	KARLA GABRIELA	18	01	1984	41 años, 7 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310860109	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y 7 DE AGOSTO	099-875-3882 /
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	1310860109	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	08	21	
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 SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE PRINCIPALMENTE DURANTE LA MESNTRUACION Y DOLOR EN CADERAS Y PELVICO, ADEMAS FATIGA Y CANSANCIO RECURRENTE, REFIERE HABERSE HECHO SEGUIMIENTO CON MEDICO PARTICULAR Y LE DIAGNOSTICARON MIOMAS UTERINOS, ACUDE ADEMAS CON RESULTADOS DE LABORATORIO, INDICA QUE SE REALIZO ECOGRAFIA PERO NO TRAE RESULTADOS A LA CONSULTA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PALIDEZ MUCOCUTANEA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCO: 6.03; NEU: 3.16; LINF: 1.86; EOS: 0.54; HGB: 7.8; HTO: 25.4; PLT: 369

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	15:34	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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
2025-08-21	15:34	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	