

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALMEIDA	VERA	LUCILA MARIA	18	04	1982	43 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310876501	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	INES MORENO y	098-034-2575 /
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	1310876501	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	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 NULIPARA ACUDE REFERIDA DE PRIMER NIVEL CON DIAGNOSTICOS DE MIOMA UTERINO. CICLOS MENTRUALES REGULARES, PAP ULTIMO HACE TRES AÑOS, ALERGIAS NIEGA, NO REFIENTE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE INTERES. REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DISURIA DE INTENSIDAD VARIABLE DE DOS MESES DE EVOLUCION. SE REALIZA ULTRASONIDO OBSTETRICO SE EVIDENCIA UTERO AUMENTADO DE VOLUMEN DE 11X9X7, MIOMETRIO DE ESTRUCTURA HETEROGENEA, CON TRES MIOMAS UNO INTRAMURAL EN CARA ANTERIOR Y DOS SUBSEROSOS EN CARA POSTERIOR. SE REFERENCIA A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ESTAR QUIROFANO INOPERATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA.UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO CON MULTIPLES MIOMAS INTRAMURALES ,EL MAYOR DE 11 X 9 CM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	14:03	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	

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
2026-03-25	14:03	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	