

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	GIL	MIRIAN BEATRIZ	28	11	1983	42 años, 2 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310949639	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL PARAISO y	099-969-1910 /
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	1310949639	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	02
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	☐	DX: HIPERTROFIA ENDOMETRIAL	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 42 AÑOS ACUDE A CONSULTA EN SERVICIO DE OBSTETRICIA POR PRESENTAR SANGRADO DESDE EL MES DE OCTUBRE DEL 2025 ... AGO: G3 C3 - FUP: 6/1/2014 ... AL MOMENTO NO REFIERE SIGNOS NI SÍNTOMAS DE ALERTA, NO SANGRADO, NO SECRECIONES. REFIERE HABER SIDO TRATADA PARTICULARMENTE FRENTE A INFECCIÓN VAGINAL ?? . SE REvisa ECOGRAFÍA REALIZADA EL 13/1/2026 CON DX: HIPERTROFIA ENDOMETRIAL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN FORMA DE BICORNE EN ANTEVERSO, EN FONDO DERECHO SE EVIDENCIA ENDOMETRIO AUMENTADO DE TAMAÑO 19.35MM , ID: HIPERTROFIA ENDOMETRIAL. FONDO IZQUIERDO GROSOR DENTRO DE LOS PARÁMETROS. CERVIX DE ASPECTO NORMAL. FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE DE LÍQUIDO.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	20:55	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

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
2026-02-02	20:55	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

