

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	LOOR	SANTA MAGALY	03	06	1983	43 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311145658	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA STA ROSA y 0	098-931-8240 /
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	1311145658	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	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

USUARIO CON APP DE SANGRADO UTERINO ANORMAL MAS DOLOR PELVICO MAS EPI RECURRENTE CON ECOGRAFIA COMPATIBLE CON MIOMA UTERINO MAS ENDOMETRIOSIS ... SE TARMITA REFERENCIA PARA VALORACION POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: IG E: 32 TGO: 21.76 TGP: 33.76 ULTRASONIDO: MIOMA SUBSEROSO TIPO 5 DESENSO DE VEJIGA GRADO QUISTE DE NABOTH CERVICITIS LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ULTRASONIDO: QUISTE SIMPLE DE MAMA DERECHA E IZQUIERDA BIRADS 2 MAMAS BILATERALES GANGLIO LINFATICO HIPERTROFICO EN REGION AXILAR IZQUIERDA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBSEROZO DEL UTERO	D252		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	08:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-07-21	08:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

