

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLA	SOLORZANO	CECILIA MARIBEL	01	02	1977	48 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año		

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311382731	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHONE y	099-746-2864 /
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	1311382731	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		2025	03	17
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 FEMENINO DE 47 A AP: MIOMATOSIS UTERINA, LLEVABA CONTROL CON ESPECIALIDAD SIN EMBARGO REFIERE QUE DEJO DE ACUDIR A CITA, AF: DM, AL MOMENTO ACUDE POR CUADRO DE DOLOR HIPOGASTRICO INTENSO, DISMENORREA E HIPERMENORREA. MENCIONA QUE DEBE UTILIZAR MEDICACION INTRAVENOSA PARA CONTROLAR DOLOR. SE REALIZA ECO PELVICO EN TIPO C LA CUAL REPORTA RESULTADOS NORMALES, SIN EMBARGO AL REVISAR ECOGRAFIA SE VISUALIZA POSIBLE MASA UTERINA. SE REALIZA REFERENCIA PARA EVALUACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA ECO PELVICO EN TIPO C LA CUAL REPORTA RESULTADOS NORMALES, SIN EMBARGO AL REVISAR ECOGRAFIA SE VISUALIZA POSIBLE MASA UTERINA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	03:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-03-17	03:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	