

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	PALACIOS	ELBA ADRIANA	04	10	1983	41 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M



Firmado electrónicamente por:
EDGAR RENATO LEONES GOMEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	Telefono Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311413452	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JUAN DE ARGUELLO y RODRIGO DE CHAVEZ
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	1311413452	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	01	
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

USUARIA QUE ACUDE POR REFERIR FRECUENTES EPISODIOS DE METRORRAGIAS QUE SE ACOMPAÑAN DE DOLOR TIPO CÓLICO EN ZONA SUPRA PÚBICA, REALIZA TRATAMIENTO CON MEJORIA PARCIAL YA QUE AÚN PERSISTE SINTOMATOLOGIA, REALIZO ESTUDIO DE IMÁGENES LOS CUALES REPORTAN: ÚTERO MIOMATOSO, BAJO ESTE CONTEXTO SE HARÁ REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA PELVICA: ÚTERO MIOMATOSO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	11:10	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2025-08-01	11:10	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	