

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZ	MOREIRA	KATIUSKA KARINA	07	01	1985	40 años, 10 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311701930	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y	000-000-0000 / (00)-000-0000
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	1311701930	RICAURTE	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	11	26
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 FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CÓLICOS ABDOMINALES DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD, DE LOCALIZACIÓN HIPOGÁSTRICA, DE INICIO INSIDIOSO E INTERMITENTES; REFIERE HABERSE REALIZADO UNA ECOGRAFÍA PREVIA DONDE LE INFORMARON LA PRESENCIA DE MIOMAS UTERINOS. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SIN DEFENSA NI REBOTE, DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN HIPOGASTRIO, EXTREMIDADES SIN EDEMA Y PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES. SE EXPLICA CUADRO, SE INSTAURA ANALGESIA SEGÚN ESQUEMA Y SE REMITE A GINECOLOGÍA PARA SU VALORACIÓN Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	15:41	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-11-26	15:41	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

