

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LOOR	JUANA JOHANA	29	08	1979	46 años, 8 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311851172	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA AL TAMBO y SN	098-807-3490 /
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	1311851172	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	05	27
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 clinico

PACIENTE QUE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL EN REGIO PUBICA ACOMPAÑADA DE SANGRADO MENSTRUAL DE MODERADA CANTIDAD, TRAE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL.CON ENDOMETRIO AUMENTADO DE TAMAÑO MIDE 0.92 CMTS CON DIAGNOSTICO DE MIOMAS INTRAMURALES, MIOMA SUBSEROZO, QUISTE DE OVARIO DERECHO, QUISTE DE NABOTH
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMATOCRITO 38.2 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 12.7 GRAMOS SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: PLAQUETAS 313.000 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GLOBULOS ROJOS 4 MILLONES 320.000
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	16:00	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

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
2026-05-27	16:00	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

