

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	LOOR	ALEXANDRA ELIZABETH	13	11	1984	41 años, 4 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311884066	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA QUITO y	098-511-2982 / (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	1311884066	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		2026	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 CON ANTESCEDENTE DE INSUFICIENCIA RENAL QUE SE HACE DIALISIS 3 VECES A LA SEMANA, SE REALIZA ULTRASONIDO VAGINAL POR SANGRADO INTERMITENTE, Y EN MENSTRUACION ABUNDANTE CON COAGULOS Y DURACION DE HASTA 18 DIAS, CON MAS DE 6 CAMBIOS AL DIA DE TOALLAS SANITARIAS. DOLOR EN ZONA PELVICA INDICA QUE TIENE MUCHA MOLESTIA INCLUSO PARA SENTARSE. NO MANTIENE RELACIONES SEXUALES POR DOLOR, ADEMAS DE SECRECION BLANQUECINA LA CUAL MOJA EL INTERIOR, A LA CUAL SE LE HA DADO DIVERSOS TRATAMIENTOS Y NO MEJORA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA D ELIQUIDO EN SACO DE DOUGLAS. PRESENCIA DE DOS MIOMAS TAMAÑO DE MIOMA 1 (11*9MM) MIOMA 2 (14*11MM) QUISTES SIMPLES EN AMBOS OVARIOS DERECHO 14*16MM, EN IZQUIERDO 2 EL DE MAYOR TAMAÑO 11*9MM.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	09:12	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-03-17	09:12	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	