

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONFORME	TRIVIÑO	ELIZABETH MARICELA	27	08	1987	38 años, 2 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311938466	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MIRA FLORES y CDLA MIRA FLORES	099-041-4959 /
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	1311938466	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	11	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☒	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA. REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO DESDE 15 DIAS ATRAS . LLEGA CON ECOGRAFIA DONDE REPORTA MIOMA SUBSEROO UTERINO + QUISTE SOLITARIO DE OVARIO DERECHO. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL CON GINECOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO Y ANEXOS: UTERO MACROSOMICO DE 10.23 CM X4,52 CM CON PRESENCIA DE MASA MIOMATOSA, SUBCERSO DE CARA ANTERIOR DE 3.3 CM X 2.3 CM VOL 8,21. OVARIO DERECHO UNICO X OOFORECTOMIA IZQUIERDA HACE 2 AÑOS. DENOTA QUISTE SOLITARIO DE 2.7 CM X 2.5 CM VOL 8,82. DIAGNOSTICO: MIOMA SUBCEROSO UTERINO + QUISTE SOLITARIO DE OVARIO DERECHO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBSEROOSO DEL UTERO	D252		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-21	08:23	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2025-11-21	08:23	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

