

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	VELEZ	MIRELLA DOLORES	06	01	1984	41 años, 7 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	1312026428	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LAS ABRA y SN	098-931-0024 /
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	1312026428	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	08	25
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 41 AÑOS DE EDAD, NO REFIERE APP NI ALERGIAS, APQX PERITONITIS, APF NO REFIERE. AGO G3 C3. ACUDE PARA REVISION DE ECOGRAFIA. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLORES EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO, Y MENSTRUACIONES ABUNDANTES. TRAE ESTUDIO ECOGRAFICO QUE REPORTA PRESENCIA DE MIOMAS INTRAMURALES, EL DE MAYOR TAMAÑO 14X13 Y 14X14 MM. LIQUIDO EN CUELLO UTERINO Y OVARIO IZQUIERDO CON VOLUMEN DE 16ML.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PRESENCIA DE MIOMAS INTRAMURALES, EL DE MAYOR TAMAÑO 14X13 Y 14X14 MM. LIQUIDO EN CUELLO UTERINO Y OVARIO IZQUIERDO CON VOLUMEN DE 16ML.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	11:45	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	 Firmado electrónicamente por: CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-25	11:45	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	