

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	CHERE	JESSICA MARIA	24	09	1986	39 años, 8 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312222076	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SITIO BRAZIL y	098-877-6433 / (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	1312222076	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	2026	06	11
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 39 AÑOS ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO LOCALIZADO EN HIPOGASTRIO CON IRRADIACIÓN A EPIGASTRIO, ASOCIADO A POLIMENORREA, DISMENORREA Y ASTENIA. TRAE ECOGRAFÍA TRANS VAGINAL QUE REPORTA PRESENCIA DE MIOMA SUBSEROZO. ANTE LA CORRELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS MENSTRUALES, EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO Y EL HALLAZGO IMAGENOLÓGÍA, SE SOSPECHA QUE EL MIOMA PODRÍA ESTAR CONTRIBUYENDO AL CUADRO CLÍNICO SE SOLICITA REFERENCIA A GINECOLOGÍA EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN PARA VALORACIÓN INTEGRAL Y PLAN TERAPÉUTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFÍA TRANS VAGINAL: ÚTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HOMOGÉNEA. SE OBSERVA 1 IMAGEN NODULAR QUE CORRESPONDE A MIOMA SUBSEROZO. ENDOMETRIO LINEAL. OVARIO DERECHO MICROQUÍSTICO. OVARIO IZQUIERDO MICROQUÍSTICO. FONDE DE SACO DE DOUGLAS LIBRE.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	14:28	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-06-11	14:28	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

