

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	VIRGINIA TRINIDAD	14	05	1985	40 años, 6 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312344987	MANABI	CHONE	CONVENTO	RECINTO SAN ANDRES y	099-179-5337 /
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	1312344987	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	01
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 40 AÑOS DE EDAD FUM NO RECUERDA. AGO: G4 A1 P2 C1 GEMELAR APP HIPERTENSA APF: PADRES HTA AQX: CUP 1 + SALPINGECTOMIA ALERGIAS NO REFIERE HABITOS NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY A CONSULTA POR SANGRADO TRANSVAGINAL DE MODERADA CANTIDAD + DOLOR EN ZONA PELVICA. AL MOMENTO AFEBRIL, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA ES SUS ESFERAS, COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO ANTEVERSO BORDES DEFINIDOS, MIOMETRO DE ASPECTO FIBROSO, CONTORNO REGULAR, SIN LESIONES OCUPATIVAS DE ESPACIO, OVARIOS PRESENCIA DE LOE ANEOICA, HOMOGENEA FORMAA REDONDA CON BORDES DEFINIDOS Y CONTORNOS REGULARES SIN TABICACIONES, AL DOPPLER COLOR NO PRESENTA VASCULARIZACION. SIN PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE. PRESENCIA DE QUISTE DE NABOTH A NIVEL CERVICAL. SE RECOMIENDA COMPLEMETAR EL ESTUDIO CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	11:08	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	

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
2025-12-01	11:08	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	

