

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	VERDUGA	KARINA LORENA	02	02	1990	36 años, 5 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312374158	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	MIRAFLORES y	093-984-2130 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area			
MSP	1312374158	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	2026	07	24	
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 ANTECEDENTE DE MIOMA UTERINO Y ANEMIA DE MAS O MENOS 6 AÑOS ,AL MOMENTO AFEBRIL, BUEN APETITO, DUERME BIEN ,REFIERE TRASTORNO EN LA MENSTRUACION, CON MENORRAGIA ,EN OCASIONES REFIERE MAREOS , CANSACIO Y DOLOR EN BAJO VIENTRE TIPO COLICO . SE HACE REFERENCIA A GINECOLOGIA PARA MEJOR VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB: 10.10 G/DL , PLAQUETAS 480 ULTRASONIDO: TRASNVAGINAL: PRESENCIA DE MULTIPLES NUCLEOS MIOMATOSOS ,EL DE MAYOR DIAMETRO MIDE 4,4X 4.0X 4.3 CM UBICADO EN ZONA DE VAVIDAD ENDOMETRIAL EN RELACION CON MIOMA SUBMUCOSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-24	13:35	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	

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 clínico

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
2026-07-24	13:35	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	