

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PAZ	MANUELA TRINIDAD	21	04	1985	40 años, 8 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312376088	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO y	000-000-0000 /
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	1312376088	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	01	14
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 FEMENINO DE 40 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA REVISIÓN DE ECOGRAFÍA POR ANTECEDENTES DE MIOMAS UTERINO, PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA, PACIENTE AL MOMENTO, LEVEMENTE ALGICA, REFIERE SECRECIÓN AMARILLENTA, MAL OLIENTE, LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, GLASGOW 15/15 SE EVIDENCIA MIOMAS UTERINO EN NUMERO DE 3, PACIENTE DESEA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA GINECOLOGA OBSTETRA POR DESEO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NOTA: SE REALIZA REFERENCIA PARA HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HETEROGENEA DE ASPECTO FIBROSO SE OBSERVA 1 IMAGEN NODULAR QUE CORRESPONDE A MIOMA SUBMUCOSO Y 2 EN FORMACION ENDOMETRIO PROLIFERATIVO OVARIOS DE TAMAÑO NORMAL DE CARACTERISTICAS NORMALES FONDO DE SACO DE DOUGLAS FLUIDO MODERADO CUELLO UTERINO NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	09:31	Medicina Rural	FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO	1313078071	

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
2026-01-14	09:31	Medicina Rural	FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO	1313078071	

