

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CASTAÑEDA        | SOLORIZANO       | FERNANDA LEONOR | 05                  | 01  | 1989 | 36 años, 11 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312804873        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHONE y                      | 099-778-9616 /       |
| 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                 | 1312804873      | 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  | 12  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CA DE MAMA, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR ALTERACIÓN EN CICLO MENSTRUAL ABUNDANTE HASTA DOS VECES AL MES, DOLOR PELVICO. TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA MIOMA UTERINO, SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN ANTEVERSION DE EVIDENTE TAMAÑO OCUPADO EN SU INTERIOR POR MULTIPLES IMAGENES EN NUMERO MAYOR DE 5, DE CONSISTENCIA MASA, BORDES REGULARES, ECOGENICIDAD LEVEMENTE HETEROGENEA, VASCULARIZACIÓN PERIFÉRICA, LOCALIZADAS EN EL MIOMETRIO COMPATIBLES CON MIOMAS INTRAMURALES. ENDOMETRIO HIPERECOGENICO GRUESO MIDE 14.98 MM, CERVIX CON PRESENCIA DE 3 QUISTES DE NABOTH ENTRE 3 A 6 MM. ANEXOS POCO VALORABLES AL MOMENTO DEL ESTUDIO POR EFECTO DE MASA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                         |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-12-17 | 08:53 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 | <div><div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>JESUS GREGORIO LOOR VERA</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div></div> |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 08:53 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |

