

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	MOREIRA	MARIA ALEXANDRA	29	01	1991	34 años, 1 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312807710	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE COLON y SN	099-441-6656 / (05)-236-0976
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312807710	SAN ANTONIO	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	03	12
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 ☐

MIOMATOSIS
UTERINA

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 34 AÑOS, NO SE REFIERE ANTECEDENTES CLINICOS O QUIRURGICOS, AGO G2 C2 A0, PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN HIPOGASTRIO DE 2 MESES DE EVOLUCION QUE SE ACOMPAÑA DE METRORRAGIA DE LEVE A MODERADA CANTIDAD, TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA MIOMA SUBSEROSE DE 6,4 X 5,5 X 7,0 CM CON VOLUMEN DE 131 ML, SE SOLICITA REFERENCIA PARA ESPECIALIDAD // NUMERO TELEFONICO 0994416656 // 0996694820

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN RETROFLEXIO MIDE 9,9 X 4,8 X 5,5 CM CON PRESENCIA DE MIOMA SUBSEROSE EN SU PARED ANTERIOR QUE MIDE 6,4 X 5,5 X 7,0 CM VOLUMEN 131 ML CERVIX CON PRESENCIA DE 7 QUISTES DE NABOTH QUE MIEDEN ENTRE 0,2 Y 0,6 CM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	08:53	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-03-12	08:53	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

