

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEZA	MONTES	KAREN BELEN	01	04	1990	35 años, 2 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312937996	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y	098-543-6617 /
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	1312937996	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	08	7
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 35 AÑOS 2 MESES CON APP EPILEPSIA TRATADA CON LEVETIRACENTAM 500MG C12H + ARTRITIS + HTA TRATADA CON LOSARTAN 50MG C24H PM CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL AL MOMENTO DE 130/80 MMHG - NO A TENIDO CRISIS EPILEPTICAS HACE 20 DIAS - REFIERE SENTIR DOLOR DE ESPALDA CRONICO QUE LAS MAMAS SON GRANDES Y LE PESAN QUE AL CAMINAR Y HACER EJERCICIO FISICO DUELEN E INCOMODAN / TRAE ECOGRAFIA CON ID DE MIOMA INTRAMURAL - ESTEATOSIS HEPATICA GRADO II - LITIASIS RENAL BILATERAL / TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO - SOLICITA REFERENCIA A GINECOLOGIA - CIRUGIA ESTETICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08.7	12:31	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08 - 7	12:31	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	