

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMIREZ	VALENCIA	NIEVES JACINTA	29	05	1979	47 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	1313299875	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	099-575-8667 /
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	1313299875	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	10
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

FEMENINA DE 47 AÑOS ACUDE A CITA, REFIERE QUE TIENE ANEMIA CRONICA Y QUE SIGUE TTO CON HEMATOLOGIA EN IEES MANTA, TENIENDO RESULTADOS NORMALES REFIERE LA PACIENTE, TRAE LAB DE 4/3/26 QUE REPORTA AC FOLICO 10, VITAMINA B12 670, COOMBS DIRECTO NEGATIVO, COMO ANTESCEDENTE ECO DE 14/9/25 REPORTA UTERO FIBROMATOSO CON MIOMAS INTRAMURAL, SE SOLICITA BIOEMTRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FEMENINA DE 47 AÑOS ACUDE A CITA, REFIERE QUE TIENE ANEMIA CRONICA Y QUE SIGUE TTO CON HEMATOLOGIA EN IEES MANTA, TENIENDO RESULTADOS NORMALES REFIERE LA PACIENTE, TRAE LAB DE 4/3/26 QUE REPORTA AC FOLICO 10, VITAMINA B12 670, COOMBS DIRECTO NEGATIVO, COMO ANTESCEDENTE ECO DE 14/9/25 REPORTA UTERO FIBROMATOSO CON MIOMAS INTRAMURAL, SE SOLICITA BIOEMTRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	15:59	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-07-10	15:59	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

