

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	CHAVEZ	LILIAN TRINIDAD	09	06	1989	37 años, 1 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313354209	MANABI	CHONE	RICAURTE	CDLA UNIDOS VENCEREMOS y	098-293-9594 /
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	1313354209	RICAURTE	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	13
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 37 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA REVISION DE ECOGRAFIA. PACIENTE AL MOMENTO REFIERE QUE CUANDO MENSTRUUA PRESENTA COLICOS PREMENSTRUALES Y MENSTRUALES DE INTENSIDAD ELEVADA 8/10. CICLOS REGULARES, AGO G2 P2 C0 A0 PACIENTE CON PLANIFICACION FAMILIAR DE ESTERILIZACION QUIRURGICA (SALPINGECTOMIA BILATERAL) HACE 8 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO Y AVF MIOMETRIO HETEROGENICO CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA BIEN DEFINIDA DE ECOTEXTURA HIPOECOICA DE CONTORNOS Y BORDES REGULARES NO ESPICULADOS CON NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR QUE MIDE 8.3 MM X 5.2 MM X 6.2MM CON UN VOLUMEN DE 0.14CC UBICADO A NIVEL HACIA PERIFERIA SUBCEROSA DE PARED UTERINA. MIOMA UTERINO FIGO 6, OVARIOS POLIQUISTICOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	14:32	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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
2026-07-13	14:32	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

