

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MERO	MONICA INES	24	05	1996	30 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313496968	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	098-674-1745 /
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	1313496968	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	06	25
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 30 AÑOS DE EDAD, G3 C2 A1, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR MENSTRUACIÓN ABUNDANTE, DE TIPO ROJO RUTILANTE, PRESENCIA DE COÁGULOS Y ASOCIADO A DOLOR PÉLVICO. LA PACIENTE CUENTA CON ESTUDIO ECOGRÁFICO QUE REPORTA MIOMATOSIS UTERINA FIGO TIPO 2, ASÍ COMO ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL. PRESENTA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA SECUNDARIA AL SANGRADO, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO. AL EXAMEN CLÍNICO SE ENCUENTRA CON CUADRO COMPATIBLE CON SANGRADO UTERINO ANORMAL ACTIVO, SIN DATOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN ESTE MOMENTO. POR LOS ANTECEDENTES, HALLAZGOS ECOGRÁFICOS Y PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA, SE SOLICITA VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO COMPLETO, MANEJO TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA DEFINITIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-25	11:41	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-06-25	11:41	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

