

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTAÑEDA	MENDOZA	RINA MARCELA	05	04	2000	26 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316606472	MANABI	CHONE	RICAURTE	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	096-329-3494 / (99)-999-9999
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	1316606472	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	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 26 ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA SOLICITUD DE REFERENCIA + REVISION DE ECOGRAFIA. PACIENTE QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN PERIORO DE LACTANCIA, CURSANDO SU PUERPERIO TARDIO, REFIERE SENTIRSE BIEN, ESTADO GENERAL ESTABLE, REFIERE QUE EN LA CESAREA QUE LE PRACTICARON LE INFORMARON SOBRE LA PRESENCIA DE MIOMAS UTERINOS DE TAMAÑOS CONSIDERABLES POR LO QUE DECIDE REALIZARSE UNA ECOGRAFIA 1 MES POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO LOCALIZACION PELVICA, CENTRAL PIRIFORME EN ANTEFLEXO, A NIVEL DE TERCIO SUPERIOR DEL UTERO SE OBSERVA IMAGEN DE BORDES CIRCUNSCRITOS HIPOECOICA DE 2.7X1 8X2.2 CM EN RELACION A MIOMA SUBSEROYO Y A NIVEL DEL TERCIO MEDIO CAPA EXTERNA IMAGEN HIPOECOGENICA DE 0.7CM (MIOMA) OVARIOS DE ASPECTO POLIQUISTICOS POR VOLUMEN REFERENCIA HASTA 10 IMAGENES
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	13:03	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
2026-07-07	13:03	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

