

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ALCIVAR	MARIA AMARILIS	04	09	1983	41 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311539140	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	DE AGUA POTABLE y	099-345-0451 /
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	1311539140	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	07	21
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 FEMENINO DE 41 AÑOS, APP: HIPOTIROIDISMO(EUTIROD). APF: MADRE DM/HTA (FALLECIDA). APQX: CESAREA. ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR REFERIR QUE EN CONTROL ANTERIOR TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA HALLAZGOS SUGES TIVOS DE PROBABLE MIOMATOSIS UTERINA SUBSerosa E INTRAMURAL DE MEDIANOS-PEQUEÑOS ELEMENTOS (>50% DEL VOLUMEN UTERINO); MISMA QUE PUEDE CONDICIONAR FALSA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL, POR LO QUE SE LE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION PREQUIRURGICA,PORQUE SE VA A REALIZAR OPERACION PARTICULAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESUNTIVA TAQUICARDIA VALORACION PREQUIRURGICA,PORQUE SE VA A REALIZAR OPERACION PARTICULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	R000	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	14:33	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	

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 clínico

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
2025-07-21	14:33	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	