

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | MERA             | MAGALY SORAIDA | 27                  | 03  | 1977 | 48 años, 9 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1714822275        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | EL PARAISO y                 | 098-142-3512 /       |
| 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                 | 1714822275      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2026 | 01    | 26  |  |
| 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 48 años que acude por dolor torácico de 7 días de evolución, descrito como dolor localizado en pecho y espalda, más intenso por la noche y al inspirar, asociado a sensación de malestar general tipo “por dar gripe”. No refiere disnea, palpitaciones ni síncope. Ritmo cardíaco normal. Ecografía previa evidencia miomatosis uterina (hallazgo incidental). Presenta mejoría clínica parcial, pero por persistencia del dolor torácico se solicita EKG para descartar compromiso cardíaco - se hace referencia a ginecología - control subsecuente

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ESTEATOSIS HEPATICA LEVE - COLELITIASIS - MIOMATOSIS UETRIANA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------|--------|-----|-----|
| LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO | D250   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-01-26 | 13:35 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>DAVID GABRIEL MEZA MONTES</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-01-26 | 13:35 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |