

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	ZAMBRANO	DIANA GLADIANA	31	12	1988	36 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1729941169	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV EL EJERCITO y	099-534-0385 /
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	1729941169	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	02	10
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	☐	MIOMAS CALCIFICADOS	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA POR DOLOR PELVICO INTENSO, CICLO MENTRUALES IRREGUALRES EN ABUNDANTE CANTIDAD, ACUDE CON ECOGRAFIA DE 09/01/2025 QUE REPORTA MIOMETRIO HETEROGENO, PRESENCIA DE MIOMAS CALCIFICADOS, INTRAMURAL DE 9mm Y 11mm, SUBSEROSOS DE 18X19 mm, 13X12mm.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIOMETRIO: HETEROGENO, PRESENCIA DE MIOMAS CALCIFICADOS, INTRAMURAL DE 9mm Y 11mm, SUBSEROSOS DE 18X19 mm, 13X12mm. OVARIO DERECHO: MIDE 32X29X32 mm, DOMINADO POR FORMACION FOLICULAR QUISTICA QUE MIDE 24X20X25 mm CON VOLUMEN DE 6.18 CC.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-10	09:14	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-02-10	09:14	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

