

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VIDAL	JENNIFER RAQUEL	31	01	1995	31 años, 2 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1751861558	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN FELIPE y	098-166-2173 /
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	1751861558	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	04	13
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

PCTE DE 31 AÑOS DE EDAD, REFERIDA DE CENTRO DE SALUD POR MIOMA UTERINO,FUM: 1-4-2026,ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: TENDÓN DE AQUILES,ALERGIAS: NO RECONOCIDAS, ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTAS 0 PARTOS 0 ABORTOS 0 CESÁREAS 0 , MENARQUIA A LOS 12 AÑOS , ECOGRAFÍAS:HACE 1 SEMANA CON MIOMA UTERINO10.9 X 8 CM ,PAPANICOLAU:6 MESES SIN NOVEDAD ,MAMOGRAFIA:NO,AL EXAMEN FISICO:PCTE CON CRITERIO DE CIRUGIA QUE POR NO CONTAR CON QUIROFANO SE DECIDE REFERENCIA AHOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIOMA UTERINO DE 10 X 8 CM,PCTE NULIPARA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	14:53	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	

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
2026-04-13	14:53	Ginecología y Obstetricia	OLIENNIS ND CHAVEZ PEREZ	0960091445	