



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                              |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |      |                         |   |   |   |  |
| MSP                                                         | 001414           | Ricaurte                     | CS-A                             | 1305043299                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Cedeño                                                      | Medranda         | Nellys                       | Amparo                           | M                                  | 27-11-1961                                              | 63   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                              |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0993543511                                                  |                  | X                            |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.  |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                    | 3. Falta de equipamiento.        |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      | X                       |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130356                       | 4. Equipos en mal estado.        |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                              | 5. Problemas de infraestructura. |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Ginecologia  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS- APP: DM- HTA- HIPOTIROIDISMO APF: NO REFIERE- ALERGIAS: NO REFIERE. AQX: HISTERCETOMIA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION CARACTERIZADO POR MICCIONAL Y TENESMO VESICAL- REFIERE MUCHA INCOMODIDAD Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS. PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA REALIZADA EL 23/09/2025 QUE REPORTA PROLAPSO VESICAL. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA (NO DISPONIBILIDAD EN UROLOGIA). AL MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- AFEBRIL. CABEZA: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS- CONJUNTIVAS ROSADAS- PUPILAS ISOCÓRICAS FOTO-REACTIVAS OROFARINGE NO ERITEMATOSA- NO ADENOPATÍAS- MUCOSAS ORALES HÚMEDAS- CUELLO: NO ADENOPATÍAS- TÓRAX: CORAZÓN RÍTMICO- PULMONES BUENA ENTRADA DE AIRE- NO RUIDOS SOBREAÑADIDOS- DOLOR A LA DIGITOPRESION EN REGION CLAVICULAR IZQUIERDA- ABDOMEN: SUAVE DEPRESIBLE- RHA PRESENTES- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN- EXTREMIDADES: TONO Y FUERZA CONSERVADA- PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. HIGIENE 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. ANALGESIA 6. REFERENCIA GINECOLOGIA 7. CONTROL |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA REALIZADA EL 23/09/2025 QUE REPORTA PROLAPSO VESICAL    |

| E. DIAGNÓSTICO |           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Cistocele |                                    | N811 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |           |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |           |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-09-24                            | 08:56           | Estefania     | Saavedra        | Moreira          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1311538662                            |                 |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |    |  |    |  |                        |  |  |    |  |    |  |
|---------------------------------------------|--|--|----|--|----|--|------------------------|--|--|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  | SI |  | NO |  |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                                |           |                          |           |                                  |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          | //                 |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|-------------------------------|
|                               |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |
|----------------------------------------------------------|
|                                                          |

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |