

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	Santa Rita	CS	1304501065							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rosado	Macias	Letty	Maria	M	09-04-1959	66	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-156-3509		☒		☐							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐							
		2. Falta de espacio físico.		☐							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐						
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado.		☐						
			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

FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD APP NR APF NR AQX COLECISTECTOMIA ALERGIS NO REFIERE- ACUDE A CONS ULTA POR REVISION DELABORATORIOS. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE QUE HACE TRES AÑOS LE DIAGNOSTICAS CISTOCELE- MENCIONA QUE S UFREPROLAPSO DE FORMA ESPORADICA QUE SE RES UELVE POR SI SOLO SIN EMBARGO AL MOMENTO PRESENT MOLESTIAS ENACTIVIDADES DIARIAS MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA SER VALORADA POR ESPECIALISTA. SE REALIZA REFERENCIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALISIS: TGP 19.83 TGO 20.91 ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HEMATIES 4740000 HEMOGLOBINA 13.0HEMATOCRITO 39.3 LEUCOCITOS 4840 NEUTROFILOS 33.5 LINFOCITOS 50.0 MONOCITOS 13.0 EOSINOFILOS 2.3 BASOFILOS 0.9PLAQUETAS 280000 GLUCOSA: 95.47 CLINITEST EN ORINA: ASPECTO FLUIDO TURBIO COLOR AMARILLO AMBAR OLOR S UI GENERISALBUMINA NEGATIVO GLUCOSA NEGATIVO PROTEINAS NEGATIVO PH 6 ACIDA C. CETONICOS NEGATIVO UROBILINOGENO NEGATIVOBILIRRUBINAS NEGATIVO PIGMENTOS BILIATES NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO HEMOGLOBINA POSITIVO NITRITOS NEGATIVO DENSIDAD1013 LEUCOCITOS 4 X CAMPO HEMATIES 10 X CAMPO CILINDROS NO CRISTALES NO FILAMENTO MUCOSO NO CELULAS EPITELIALES 6X CAMPO BACTERIAS + HONGOS NO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Cistocele	N811		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-21	10:44	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1709823288				

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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	