

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS		MARIBEL TRINIDAD	20	07	1964	60 años, 6 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	0800811580	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV PICHINCHA y COCEPCION	099-437-4565 /
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	0800811580	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	01	30
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 clinico

PACIENTE DE DE 60 AÑOS, APP: HTA EN TTO LOSARTAN 50 MG UNA VEZ AL DÍA, CLORTALIDONA 50 MG DM2 EN TTO METFORMINA 850 MG DOS VECES AL DÍA. QUE ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR MODERADO TIPO PUZANTE INTERMITENTE EN REGIÓN PELVICA, DISURIA DE UN MES DE EVOLUCIÓN. PACIENTE REFIERE ADEMAS SANGRADO VAGINAL ESCASO DE 3 DÍAS DE EVOLUCÓN. REFIERE QUE SIENTE UNA PROTUSION A NIVEL VAGINAL QUE PROTUYE AL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA (CAMINAR) Y A LA MICCIÓN. AL EXAMEN FÍSICO NO SE PUEDE VALORAR PROTUSIÓN. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, COLABORADOR A INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO DE TELEFONO: 0994374565 / 0967559905

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	15:24	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-01-30	15:24	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	