

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	ALCIVAR	IRMA ESPERANZA	22	02	1950	75 años, 6 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301691372	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN JOSE y	098-830-2986 /
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	1301691372	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	08	27
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

PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL GINECOLOGICO . APP: DIABETES MELLITUS , HE HIPERTENSION ARTERIAL (HACE 15 AÑOS) . ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: HISTERECTOMIA HACE 20 AÑOS . APF: NO REFIERE. AGO: PARTO 1 CESAREA 3 ABORTO 2 , MENCIONA QUE SIENTE PROTUBERANCIA, AL EXAMEN GINECOLOGICO , SE PUEDE OBSERVAR DESCENSO DE VEJIGA GRADO 4 , REFIERE PACIENTE QUE SE LE SALE LA ORINA Y SIEMPRE TEIEN ARDOR . NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. EXAMEN FISICO NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO DEL EXAMEN GINECOLOGICO : SE OBSERVA UNA MSA REDONDEADA DE ASPECTO MUCOSO QUE PROTRUYE TOTALMENTE POR EL INTROITO VAGINAL INCLUSO EN REPOSO , OCUPANDO EL CANAL VAGINAL Y EXTERIORIZADO MAS ALLÁ DEL INTROITO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO	N819	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	10:13	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	 Firmado electrónicamente por: JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-27	10:13	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	

