

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	MENDOZA	BELLA ESPERANZA	10	08	1947	78 años, 7 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302738099	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN JACINTO y	098-192-7493 /
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	1302738099	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	04	06
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 FEMENINA DE 78 AÑOS DE EDAD CON APP: NIEGA APF: HERMANAS DM, QX: CESAREA AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO CON LA HIJA (MYLANS ZAMBRANO) POR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR INCONTINENCIA URINARIA Y ADEMAS DE PROLAPSO CISTO UTERINO, PACIENTE REFIERE QUE LLEVA CONTROLES CON GINECOLOGO PARTICULAR EN DONDE LE MENCIONA QUE PRESENTA CISTOCELE Y SE DEBE DE REALIZAR PROCESO QUIRURGICO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. NORMOCEFALA, NO ADENOMEGALIAS, TORAX SIMETRICO, CSPA VENTRIALDOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA. EXTREMIDADES SEMTRICAS, NO EDEMA. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	11:29	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-04-06	11:29	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

