

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	ENILDA CARIDAD	30	09	1960	64 años, 1 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303233223	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV LUIS NAVEDA y	093-995-4116 /
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	1303233223	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	11	11
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 DE 63 AÑOS DE EDAD. G1 C1 MENOPAUSIA HACE 5 AÑOS. APP. ARTRITIS. EN TTO METOTREXATE. PREDNISONA. COLAGENO. AOX: CESAREA. PAPANICOLOAU HACE 11MESES. NORMAL. REFIERE PRESENCIA DE BOLITA, SENSACION DE MASA DENTRO DE VAGINA. HACE 4 MESES NO SECRECION VAGINAL. NO VIDA SEXUAL DESDE HACE MUCHOS AÑOS. ECO MIOMATOSIS UTERINA INTRAMURAL DE PEQUEÑOS ELEMENTOS QUISTE DE NABOTH. EF: PROLAPSO GENITAL. SALIDA DE CERVIX A TRAVES DEL CANAL VAGINAL. SE DECIDE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PERO ANESTESIOLOGIA NO DA PASO. POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO		N812		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-11	14:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	 DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia inversa a:						
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

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
2024-11-11	14:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	