

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		1410	HAGA		B	1303912131		1303912131							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ROMERO		SAVEDRA		HERMINIA		MARILENCIA		F	31/10/1961	63	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO							
0980475490				X				☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI		BOLIVAR		CALCETA											
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD									
MSP				CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA									
CUADRO CLINICO															
PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE GINECOBETETRICO DE 4 EMBARAZOS 4 PARTOS, AQX ESTERILIZACION, APENDICECTOMIA, ALERGIAS NIEGA, NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE INTERES, REFIERE PRESENTA PROLAPSO GENITAL DE APROXIMADAMENTE CUATRO AÑOS DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA CISTOCELE GRADO NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE INFLAMACION NI ULCERACIONES EN MUCOSA VAGINAL. POR NECESIDAD DE RESOLUCION QUIRURGICA Y AUSENCIA DE PROFESIONAL (ANESTESIOLOGO) PACIENTE SOLICITA REFERENCIA OTRO HOSPITAL.															
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS															
HETOCRITO 39, GLUCOSA 116, CREATININA 0.55, BILLIRRUBINA TOTAL 1.5 TRIGLICERIDOS 151, INR 0.95															
HIV NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO															
E. DIAGNÓSTICO															
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF				
1.	CISTOCELE	N81.1		X	4.										
2.					5.										
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE															
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO							
24/01/2025		10:00		MAURICIO		VELÁSQUEZ		VEGA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO							
1312163874															
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN															
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	X	NO					DERIVACIÓN JUSTIFICADA				
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							