

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUÑOZ	PATRICIA HERMINIA	01	06	1963	61 años, 5 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304158205	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE MERCEDES y CALLE BOLIVAR	098-843-0342 /
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	1304158205	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	11	10
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

SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD S E REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: NO REFIERE ACUDE POR PRES ENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PROLAPSO DE UTEROPARA RESOLUCION QUIRURGICA AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ES TABLE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTA, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADO EN TIEMPO Y ES PACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS : ISOCÓRICAS . CUELLO NO ADENOPATÍAS , TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS : VENTILADOS ; RSCS : RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RS HS PRESENTES . EXTREMIDADES INFERIORES : SIMÉTRICAS , NO HAY EDEMA. MUCOSAS , HIDRATADA. SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON LARGA DE EVOLUCION PROLAPSO UTERINO AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE GINEOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO	N812		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-08	08:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

