

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ZAMBRANO	MARIA LUISA	28	11	1946	78 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304437765	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y MERCEDES	099-280-6073 / (05)-236-1424
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area	
MSP	1304437765	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	01	29	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☒

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☐

Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE A CONTROL POR PRESENTAR PROLAPSO GENITAL; ACUDE POR EL CUADRO CLINICO DE LARGA DATA; PRESENTA SENSACION DE PRESION EN SU AREA GENITAL, ASINTOMATICA, CONSCIENTE TRANQUILA AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO CABEZA NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS CUELLO SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO CARDIOPULMONAR NORMAL, MAMAS SIMETRICAS NO DOLOROSAS A LA PALPACION NO SE PALPAN MASAS NO SE OBSERVAN RETRACCIONES NI CAMBIOS DE COLORACION EN LA PIEL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE POCO DOLOROSO NO MEGALIAS RUIDOS HIROAEREOS PRESENTES REGION INGUINOGENITAL: NO SANGRADO NO LEUCORREA PROLAPSO GENITAL COMPLETO EXTREMIDADES NO EDEMAS PULSOS PRESENTES, PACIENTE INDICA QUE ESTUVO PARA OPERACIÓN PERO SE CANCELO EL PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIO PENDIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	N813		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	11:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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