

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	MACIAS	LETTY MARIA	09	04	1959	66 años, 4 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	1304501065	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PUERTO EL BEJUCO y	099-156-3509 /
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	1304501065	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		2025	08	21
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

FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD APP NR APF NR AQX COLECISTECTOMIA ALERGIS NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA POR REVISION DE LABORATORIOS. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE QUE HACE TRES AÑOS LE DIAGNOSTICAS CISTOCLE, MENCIONA QUE SUFRE PROLAPSO DE FORMA ESPORADICA QUE SE RESUELVE POR SI SOLO SIN EMBARGO AL MOMENTO PRESENT MOLESTIAS EN ACTIVIDADES DIARIAS MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA SER VALORADA POR ESPECIALISTA. SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TGP 19.83 TGO 20.91 ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HEMATIES 4740000 HEMOGLOBINA 13.0 HEMATOCRITO 39.3 LEUCOCITOS 4840 NEUTROFILOS 33.5 LINFOCITOS 50.0 MONOCITOS 13.0 EOSINOFILOS 2.3 BASOFILOS 0.9 PLAQUETAS 280000 GLUCOSA: 95.47 CLINITEST EN ORINA: ASPECTO FLUIDO TURBIO COLOR AMARILLO AMBAR OLOR SUI GENERIS ALBUMINA NEGATIVO GLUCOSA NEGATIVO PROTEINAS NEGATIVO PH 6 ACIDA C. CETONICOS NEGATIVO UROBILINOGENO NEGATIVO BILIRRUBINAS NEGATIVO PIGMENTOS BILIATES NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO HEMOGLOBINA POSITIVO NITRITOS NEGATIVO DENSIDAD 1013 LEUCOCITOS 4 X CAMPO HEMATIES 10 X CAMPO CILINDROS NO CRISTALES NO FILAMENTO MUCOSO NO CELULAS EPITELIALES 6 X CAMPO BACTERIAS + HONGOS NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	08:04	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-08-21	08:04	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

