

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CHAVEZ           | FIGUEROA         | ELOISA MARGARITA | 10                  | 09  | 1957 | 68 años, 4 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304585837        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SAN PABLO y CATIVO           | 098-032-4334 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1304585837      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                          | Fecha      |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología - Brigada Médica externa ONG | 09/09/2021 |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                             | Fecha      |
|                     |                                          |                  |                                          | 09/09/2021 |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS ***APP: DIABETES *** APQ: BARTOLINITIS ***AA: NR ***** ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO DESCENSO DE VEJIGA, INCONTINENCIA AL TOSER, DOLOR AL ROCE CON ROPA INTERIOR, DISCONFORMIDAD PARA LA DEAMBULACION POR SENSACION DE OPRESION Y BULTO EN VAGINA, ADEMAS REFIERE DISURIA OCASIONAL. **** AL EXAMEN FÍSICO, SE EVIDENCIA PROLAPSO GENITAL GRADO II. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 4.11 10<sup>6</sup>/μL 4 - 6 Hemoglobina 13.2 g/dL 13 - 17 Hematocrito 37.9 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 92.1 μm<sup>3</sup> 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 32.1 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 34.8 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.2 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 44.8 μm<sup>3</sup> Plaquetas 258 10<sup>3</sup>/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.24 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.3 μm<sup>3</sup> 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 11.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 52 10<sup>3</sup>/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 20 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 6.7 10<sup>3</sup>/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 39.5 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 48 % 55 - 65 Monocitos (%) 9.1 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.6 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.8 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.65 10<sup>3</sup>/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.22 10<sup>3</sup>/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.61 10<sup>3</sup>/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.17 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.2 OTROS ANALISIS: Glucosa 202.6 mg/dL 70 - 110 Creatinina 0.75 mg/dL 0.6 - 1.1 Colesterol 233.0 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 414.6 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 21.93 U/L 0 - 31 TGP/ALT 19.66 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------|--------|-----|-----|
| PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO | N819   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-02-09 | 14:38 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |

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 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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-02-09 | 14:38 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |