

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ROMERO	MARTHA CONSUELO	20	10	1959	65 años, 8 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304718958	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NO APLICA y	095-875-0605 / (99)-625-7195
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	1304718958	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	07	09
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

PACIENTE DE 65 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. APP: NO REFIERE ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 5 PARTOS: 5 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. PIG: 10/06/1986 IVS: 14 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 13 AÑOS. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: SALPINGECTOMIA BILATERAL. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE INYECTABLE DURANTE 2 MESES. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE PRESENTAR DOLOR PELVICO, DISURIA, POLIQUIURIA, SE REALIZA INSPECCION GINECOLOGICA Y A SIMPLE VISTA SE OBSERVA PROLAPSO UTERINO GRADO 2 POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA INSPECCION GINECOLOGICA Y A SIMPLE VISTA SE OBSERVA PROLAPSO UTERINO GRADO 2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	N813		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-09	10:23	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-07-09	10:23	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	