

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SAAVEDRA	GLORIA ANTONIA	15	08	1960	65 años, 9 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305682948	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA MARCOS DUEÑAS y	097-997-5065 /
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	1305682948	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	29
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 DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR PROLAPSO UTERINO DESDE HACE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, PACIENTE REFIERE QUE AL REALIZAR LA MICCION SIENTE "QUE ALGO SE SALE Y DEBE SOSTENERSE", AL TOSER O ESTORNUDAR REFIERE QUE SE LE SALE LA ORINA INVOLUNTARIAMENTE, SE REALIZA MANIOBRA DE VALSALVA Y SE EVIDENCIA PROLAPSO UTERINO GRADO 3.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE ECOGRAFIA NI EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO	N812	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	14:24	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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
2026-05-29	14:24	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	