

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CAGUA	PAQUITA ESPERANZA	01	11	1970	54 años, 0 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0994861344

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305717355	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y	099-292-2561 /
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	1305717355	UMG 7 MANABI PORTOVIEJO	UNIDAD MOVIL GENERAL	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	11	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

Paciente femenina de 54 años de edad sin antecedentes de ECNT, antecedente obstetricos G06, P05, ABO 06, C 0, acude a la consulta por presentar desde hace un año dolor y pesadez en la pelvis, acompañada chorro de orina lento con dificultad para iniciar el flujo de orina mas sensacion de bulto en vagina, y dispauremia . se realiza el examen fisico y se observa descenso de la vejiga que sale a vagina. ademas de presentar lesiones costrosas, pruriginosas desde hace 3 meses en brazos, piernas y espalda. paciente afebril, orientada

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

en proceso

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	11:52	Medicina General	PATRICIA ELIZABETH SANTOS ZAMBRANO	1306607811	

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