

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MACIAS	LIDIA DORALIZA	04	01	1965	61 años, 2 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305930602	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	LA INDEPENDENCIA y	098-993-1625 /
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	1305930602	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	25
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

EDAD: 61 AÑOS. ALERGIAS: NO REFEIRE. APP: HIPERTENSION ARTERIAL HACE 5 AÑOS TRATAMIENTO LOSARTAN 50 MG CADA DIA. FIBROMIALGIA SIN TRATAMIENTO AL MOMENTO, SE INFILTRA CADA 3 MESES DE ACUERDO A SINTOMAS. APQ: CESAREA Nº1 + LIGADURA. AGO: MENARQUIA 14 MENOPAUSIA 56 PAP TEST 1 AÑO (NORMAL). PLANIFICACION FAMILIAR: LIGADURA. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE REFIERE SENSACION DE MASA A NIVEL VULVAR, REFIERE QUE ESTO PROVOCA INFECCIONES DE VIAS URINARIAS RECURRENTES, REFIERE QUE CUANDO DEFECA SE MEZCLA HECES A NIVEL VAGINAL CON ORGANO PROLAPSADO. REFIERE INCONTINENCIA URINARIA DE MINIMOS ESFUERZOS Y URGENCIA URINARIA. SE ENVIA EMO Y CULTIVO, EXAMENES COMPLEMENTARIOS, SE ENVIA TRATAMIENTO ESTROGENOS. ESTRINOL, BALDURIL, DICLOFENACO, METRONIDAZOL. PACIENTE ACUDE A CONTROL PACIENTE REFIERE PERSISTE DOLOR A NIVEL VULVAR, REFIERE QUE PERSISTE SENSACION DE "MAL DE ORINE" SIN EMBARGO NO SE EVIDENCIA EMO INFECCIOSO EN LABORATORIO, REFIERE PERSISTE SENSACION DE MASA A NIVEL VULVAR. NO ES POSIBLE VALORAR ADECUADAMENTE POR FALTA DE ESPECULO VAGINAL, SE EVIDENCIA AL EXAMEN FISICO CISTOCELE GRADO II-III, NO SE EVIDENCIA RECTOCELE Y TONO DE ESFINTER ANAL CONSERVADO. SE ENVIA REFERENCIA PARA VALORAR POSIBILIDAD DE CIRUGIA EN HPVCB. PACIENTE AL DIA DE HOY 25 DE MARZO DEL 2025 PACIENTE PERSISTE SINTOMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CONTAMOS CON QUIROFANO NI ANESTESIOLOGO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	N813	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	15:24	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

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
2026-03-25	15:24	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	