

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP			1410	HBAGA		B	1306212885			1306212885						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
											H	D	M	A		
BRAVO		VILLAVICENCIO		BERNI		MARISOL		F	19/06/1965	60				X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO							
0989776312																
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.												
PROVINCIA		CANTÓN													PARROQUIA	
MANABI		BOLIVAR													JUNIN	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	

PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE GINECOBISTETRICO DE CUATRO EMBARAZOS, CUATRO PARTOS, PAP TEST NO REPORTA ALTERACIONES, ALERGIAS NIEGA, NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE INTRES. REFIERE CUADRO CLINICO CARACNTERIZADO POR INCONTINENCIA URINARIA DE MINIMO ESFUERZO, QUE SE ACOMPAÑA DE SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA. AL EXAMEN FISICO GINECOLOGICO SE EVIDENCIA DESCENSO DE LA PARED ANTERIOR DE LA VAGINA HASTA EL INTROITO VAGINAL, COMPATIBLE CON CISTOCELE GRADO 2.

--

PAPANICOLAO NO REPORTA ALTERACIONES, GLICEMIA 108 MG/DL, COLESTEROL 227, TRIGLICERIDOS 276

1.	CISTOCELE	N81.1	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/11/25	15:50	DR MAURICIO	VELASQUEZ	VEGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312163874				

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO	
------------------------	----	----	--	--	------------------------	----	---	----	--

1

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

--

--

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

--

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	