

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO ANDRADE		MARIA NARCISA DEL JESUS	11	01	1964	61 años, 6 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306223585	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	096-819-4857 /
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	1306223585	SAN ANTONIO	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	18
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 61 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, AQX HISTERECTOMÍA HACE 15 AÑOS, ACUDE POR REVISIÓN DE ECOGRFÍA REALIZADA EL 16/07/2025 EN LA CUAL SE EVIDENCIA RIÑÓN DERECHO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD CONSERVADOS, PRESENCIA DE 3 LITOS DE MENOS DE 4MM, SIN DILATACIÓN PIELOCALICIAL, RIÑÓN IZQUIERDO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD CONSERVADAS PRESENCIA DE 2 LITOS MENORES DE 4MM, SIN DILATACIÓN PIELOCALICIAL, VEJIGA NO VALORABLE. REFIERE HABER SIDO DIAGNOSTICADA CON CISTOCELE EN CONTROL PASADO HACE 2 MESES. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA CISTOCELE GRADO I. REFIERE TENESMO VESICAL. REFIERE DOLOR VAGINAL TIPO HURENTE DE APARICIÓN Y RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA. NIEGA INCONTINENCIA URINARIA. L. AL MOMENTO PACIENTE AFERBIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO. 0968194857

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	10:41	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-07-18	10:41	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

