

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	ZAMBRANO	MARITZA MARISOL	03	08	1971	53 años, 11 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306519339	MANABI	CHONE	BOYACA	SN y SN	098-575-5649 /
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	1306519339	BOYACA	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	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 FEMENINO DE 53 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTESION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN Y CLORTALIDONA + LITIASIS RENAL BILATERAL CORROBORADO POR ECOGRAFIA SIN TRATAMIENTO ESTABLE. APQX CESAREA HACE 20 AÑOS. ALERGIA NO REFIERE. ACUDE POR MANIFESTAR CUADRO CLINICO DE 1 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TENESMO, DOLOR UTERINO CUANDO REALIZA GRANDES ESFUERZOS, LEVE INCONTINENCIA URINARIA. AL EXAMEN FISICO, CICATRIZ VERTICAL EN ABDOMEN BAJO, GENITALES PROLAPSO GENITAL REDUCTIBLE. SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA PARA VALORACION Y POSTERIO MANEJO. TELEFONO: 0939400051

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0939400051

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO	N812		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	08:32	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-07-21	08:32	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	