

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MAZAMBA	VERA	YOLANDA EDITH	05	11	1954	71 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306642214	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV CARLOS ALBERTO ARAY y SANTA MARIANITA	098-646-2479 /
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	1306642214	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2026	05	15
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 clinico

FEM 71 AÑOS PACIENTE CON PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO CANDIDATA A HISTERECTOMIA VAGINAL + COLPECTOMIA.....
APP: HASC MANEJADA CON OLMESARTAN/MEDOXOMILO 20 MG VO QD. HIPOTIROIDISMO MANEJADA CON LEVOTIROXINA 150 MCG VO QD. ALERGIA: NEGADA APQ: COLECISTECTOMIA, LIGADURA, ANTECEDENTE DE CANCER DE TIROIDES CON TIROIDECTOMIA HACE 4 AÑOS EN SOLCA.....SE SOLICITA VALORACION CARDIOLOGICA PARA CIRUGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	N813		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	14:05	Ginecología y Obstetricia	MELANY MARIA GALLARDO JARAMILLO	1016-2018-1975438	

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
2026-05-15	14:05	Ginecología y Obstetricia	MELANY MARIA GALLARDO JARAMILLO	1016-2018-1975438	