

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	MUÑOZ	DOLORES DE LA CRUZ	11	03	1972	54 años, 1 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306681055	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SAN GREGORIO y SAN GREGORIO	099-047-3075 /
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	1306681055	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, AP DE SOBREPESO, AO: G3, P3 VAGINALES, APQx: CONIZACION DE CUELLO EN 2019 SECUNDARIO A DISPLASIA SEVERA DE CERVIX EN SOLCA. REFIERE DESDE HACE +/- UN MES ABULTAMIENTO VAGINAL, COMO SI TUVIERA UN "HUEVO" QUE SE EXACERBA AL FINAL DEL DIA , ACOMPAÑADO DE POLAQUIURIA Y SENSACIÓN DE VACIAMIENTO INCOMPLETO DE LA URINA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, RIESGO CV A 10 AÑOS: 3% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 15 (MUY ALTO). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DETERMINAR TTO MEDICO/QUIRÚRGICO. ****0999535784 - 0999245169****

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Prolapso de pared vaginal anterior que desciende hasta el nivel del himen, CLasificacion POP Q GRADO II.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO	N819	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-05	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

