

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| SANTOS           | GORAZABEL        | ESMALDE SELENIA | 02                  | 01  | 1972 | 52 años, 11 meses, 10 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=M 2=F |

  

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306995240        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CARLOS CONCHA y              | 093-930-9350 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

## II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His. Clínica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Área  |  |  |
|---------------------|------------------|--------------------------|------------------------|----------------|--|--|
| MSP                 | 1306995240       | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13007 / ZONA 4 |  |  |

  

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2024  | 12  | 12  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

### 3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, SEXO MUJER, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, REFIERE PRESENTAR SENSACION DEMASA Y CUERPO EXTRAÑO EN LA REGION GENITAL, ADEMAS SALIDA INVOLUNTARIA DE LA ORINA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO GINECOLOGO. 0993599794 - 0985468513

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1.

### 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2024-12-12 | 10:17 | Medicina General | ENI ALET LÓPERA RODRIGUEZ | 1305567248 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

Dr. ENI LÓPERA RODRIGUEZ  
FIRMA  
CIRUJANO  
Reg. MSP. L: 34 F: 79 N° 23

## 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema                   | His. Clínica No.         | Establecimiento de salud | Tipo          | Servicio | Especialidad |     |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|--------------|-----|
| Contrarefiere o Referencia Inversa a: |                          |                          |               |          | Fecha        |     |
|                                       |                          |                          | /             |          |              |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo                     | Distrito/Área | día      | mes          | año |

## 2. Resumen del cuadro clínico

## 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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2024-12-12 | 10:17 | Medicina General | ENI ALET LÓPERA RODRIGUEZ | 1305567248 |       |