

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BARRE	GRACIELA LEONOR	05	02	1966	58 años, 11 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307277093	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PLATANALES y	099-121-6936 /
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	1307277093	SANTA RITA	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	01	28
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 FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD. APP: DESCENSO DE VEJIGA, HIPERTENSION ARTERIAL, GASTRITIS, ALERGIAS. APF: NIEGA. ALERGIAS: NIEGA. APQX: SALPINGECTOMIA BILATERAL. G3 A1 P1 C1. MEDICACIÓN HABITUAL: LOSARTAN 50 MG VO QD. ACUDE EL DIA DE HOY A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE CRONOLOGÍA INCIERTA CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO. MENCIONA DIAGNOSTICO PREVIO DE DESCENSO DE VEJIGA. SENSACIÓN DE PESO EN VULVA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PROLAPSO (VAGINAL VS VESICAL VS UTERINO VS RECTAL) QUE INCREMENTA ANTE MANIOBRAS DE VALSALVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL. PRESENCIA DE DOS MIOMAS DE 2 MM SIN DILATACION. ENDOMETRIO FINO DE ECOGENICIDAD NORMAL. SACO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO. OVARIO DERECHO TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL. OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	N814	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	15:04	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-28	15:04	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

