

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	SANTANA	ROSA ANA	24	09	1954	70 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307630176	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV QUITO y	099-864-2506 /
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	1307630176	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	10	02
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

☐

A LA INSPECCION SE OBSERVA PROLAPSO GENITAL FEMNINO INESPECIFICADO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE DESDE HACE REFIERE DISURIA, NICTURIA, POLAQUIURIA, MAL OLOR Y COLÚIRICO, Y EL DÍA DE AYER REPORTÒ MAREO, NÁUSEAS, NO ALZA TÉRMICA, SUDORACIÓN, PRURITO VULVAR YA NO HA PRESENTADO OTRO EVENTO PARECIDO. PACIENTE APP: HTA E IVU RECURRENTE. INFORMA TTO ATB EN FEBRERO. PACIENTE REFIERE TUMEFACCION EN PARTES INTIMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DURANTE LA INSPECCION SE OBSERVA PROLAPSO GENITAL FEMNINO INESPECIFICADO (PROLAPSO VAGINAL GRADO 3)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-02	11:28	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2024-10-02	11:28	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

