

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MOREIRA	DEYSI DALIA	19	03	1973	52 años, 6 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308313673	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA A LA 14 y	098-117-3940 /
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	1308313673	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		2025	09	26
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 ☐	PROLAPSO VAGINAL POSTERIOR

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 52 AÑOS DE EDAD. APP: HTA TRATADA CON LOSARTAN 50 MG VO QD. HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA DE 75 MCG VO QD. AA: NO REFIERE. APQX: HISTERECTOMIA (HACE 14 AÑOS), CESAREA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SENSACION DE MASA A NIVEL VAGINAL, REFIERE QUE AYER ACUDIO A MEDICO PARTICULAR EN DONDE LE INDICARON QUE TIENE PROLAPSO (NO ESPECIFICA). AL EXAMEN FISICO S EVIDENCIA PROLAPSO VAGINAL POSTERIOR . AL MOMENTO PAICENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0981173940

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS PROLAPSOS GENITALES FEMENINOS	N818		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	09:29	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-26	09:29	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

