

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARELA	GARCIA	ADRIANA PATRICIA	26	11	1986	38 años, 11 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309136743	MANABI	CHONE	SANTA RITA	KM 4 SITIO CAÑALES	098-431-0109
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	1309136743	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	11	25
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 38 AÑOS, APP: NO REFIERE, AQX: COLECISTECTOMÍA, AGO P0, SALPINGECTOMÍA HACE 14 AÑOS, ALERGIAS: NO REFIERE. CICLOS DE 30 DÍAS, DESDE HACE VARIOS DÍAS SENSACIÓN DE PRESIÓN PÉLVICA Y “BULTO” VAGINAL, ACOMPAÑADO DE DOLOR LEVE A MODERADO QUE AUMENTA CON LA DEAMBULACIÓN Y LOS ESFUERZOS. REFIERE TAMBIÉN EPISODIOS DE MANCHADO VAGINAL ESCASO, NO RELACIONADO A RELACIONES SEXUALES. NIEGA FIEBRE, FLUJO FÉTIDO O DISURIA. AL EXAMEN GINECOLÓGICO SE EVIDENCIA PROLAPSO VAGINAL GRADO II CON EROSIÓN SUPERFICIAL DE LA MUCOSA, RESPONSABLE DEL SANGRADO Y DOLOR. NIEGA USO DE PESARIO. SE ACONSEJA EJERCICIOS DE KEGEL, ANALGESIA, ESTRIOL VAGINAL Y REFERENCIA A GINECOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PROLAPSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VAGINITIS ATROFICA POSTMENOPAUSICA	N952		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	15:20	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-11-25	15:20	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	