

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	PANTA	FATIMA DEL CARMEN	27	10	1982	43 años, 4 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309321568	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	VIA A BAHIA y SN	099-178-3711 /
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	1309321568	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	16
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

EDAD: 43 AÑOS ALERGIAS: NO REFIERE. APP: HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 4 AÑOS TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 20 MILIGRAMOS / MIGRAÑA. APQ: CESAREAS Nº2 HACE 19 AÑOS. / LIGADURA. AGO: MENARQUIA: 11 AÑOS CICLOS MENSTRUALES REGULARES 30X3 FLUJO: ABUNDANTE DISMENORREA: SI 10/10. PAP TEST: HACE 1 AÑO (NORMAL) MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE QUE CURSA CON PRESENCIA DE MASA A NIVEL VULVAR, REFIERE QUE CRÓNICO, SE REALIZA EXAMEN ESPECULAR Y VALORACION GENITAL DONDE SE EVIDENCIA ENTEROCELE+RECTOCELE, PRONUNCIADO, CON DEBILIDAD DE PARED VAGINAL POSTERIOR, CON DOLOR A NIVEL DE RECTO, PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO, REFIERE SENSACION DE MASA A NIVEL VAGINAL DURANTE DEFECACION, DIURESIS NORMAL, REFIERE MOLESTIAS URINARIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON RECTOCELE/ENTEROCELE IMPORTANTE CRONICO. SE ENVIA PARA VALORACION Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO COLOPROCTOLOGIA. NECESIDAD DE CORRECCION QUIRURGICA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RECTOCELE	N816	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	14:01	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	14:01	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	