

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARELA	QUIROZ	CLARA MARIBETH	20	12	1977	47 años, 3 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310168495	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO SAN PABLO y	099-563-3074 /
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	1310168495	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	03	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO, ANTERIORMENTE DIAGNOSTICADA. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE EMPEORAMIENTO DE LA SENSACION DE PESO PELVICO, PRESION VAGINAL, URGENCIA MICCIONAL O VACIAMIENTO INCOMPLETO. AL EXAMEN FISICO, SE VISUALIZA NOTORIAMENTE UNA PROTUSION A TRAVES DEL INTROITO VAGINAL COMPATIBLE CON PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS. SE CLASIFICA COMO GRADO III, CON DESCENSO DE LA PARED POSTERIOR A LA MANIOBRA DE VASALVA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, GLAS GOW 15/15. PACIENTE CON NECESIDAD DE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EVIDENTE AL EXÁMEN FÍSICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	N813	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-26	21:52	Medicina Rural	LEGORY SOFIA SORNOZA RODRIGUEZ	1316262128	

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
2025-03-26	21:52	Medicina Rural	LEGORY SOFIA SORNOZA RODRIGUEZ	1316262128	

