

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                                      |               |                 |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                  |      |                         |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD             |               | TIPOLOGÍA       | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |      |                         |
| MSP                                                         |  | 73641            | HOSPITAL DR. FRANCISCO VÁSQUEZ BALDA |               | HOSPITAL BÁSICO | 1310285992                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1310285992        |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                      | PRIMER NOMBRE |                 | SEGUNDO NOMBRE                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| ZAMBRANO                                                    |  | VELIZ            |                                      | MARIA         |                 | NARCISA                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | F                 | 15/12/1960       | 64   | H D M A                 |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                      |               | REFERENCIA      |                                  | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                  |      |                         |
| 979770130 10982877840                                       |  |                  |                                      |               | X               |                                  | MOTIVO<br>1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                   |                  |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  | CANTÓN           |                                      | PARROQUIA     |                 |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                  |      |                         |
| MANABÍ                                                      |  | PEDERNALES       |                                      | PEDERNALES    |                 |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                  |      |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     |                          | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGÍA  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE FEMENINO, 64 AÑOS.<br>APP: NO REFIERE.<br>APP CLÍNICOS: HTA EN TTO CON LOSARTÁN 100 MG VO QD Y AMLODIPINO 10 MG VO QD.<br>APP QUIRÚRGICOS: NO REFIERE.<br>MENARQUIA: 12 AÑOS, G4 P4, CITOLOGÍA CERVICAL 2023, FUM AÑO 2012 APROXIMADAMENTE.<br>PACIENTE REFIERE PROLAPSO GENITAL, TENIENDO COMO CAUSA APARENTE CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA, DOS MESES DE EVOLUCIÓN.<br>AL EXAMEN FÍSICO: HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE;<br>RIG: INSPECCIÓN VULVAR Y PERINEAL: SE APRECIA ABOMBAMIENTO DE LA PARED VAGINAL (ANTERIOR O POSTERIOR) AL ESFUERZO Y MANIOBRA DE VALSALVA.<br>ESPECULOSCOPIA: SE OBSERVA PROTRUSIÓN DE LA PARED VAGINAL COLPOCELE POSTERIOR (RECTOCELE); PROTRUSIÓN SUGESTIVA DE DESCENSO RECTAL.<br>TACTO VAGINAL: SE CONFIRMA ABOMBAMIENTO DE LA PARED VAGINAL CON MANIOBRA DE VALSALVA; TONO DEL PISO PÉLVICO DISMINUIDO, GRADO II.<br>1. INDICACIONES GENERALES. 2. SE ENVÍA REFERENCIA A CASA DE SALUD CON MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| SE SOLICITAN ACTUALES                                             |  |

| POLIPO DEL CUELLO DEL ÚTERO            |  |                 |  |     |  |     |  |     |  |
|----------------------------------------|--|-----------------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| PRE- PRESUNTIVO                        |  | DEF- DEFINITIVO |  | CIE |  | PRE |  | DEF |  |
| 1. OTROS PROLAPSOS GENITALES FEMENINOS |  | N818            |  |     |  | X   |  |     |  |
| 2. AS                                  |  |                 |  |     |  |     |  |     |  |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |  |                                                                                                                                                                  |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA                                 |  | HORA                                                                                                                                                             | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025/09/12                            |  | 13:30                                                                                                                                                            | REBECA        | OLVERA          | BERNITA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |  | FIRMA                                                                                                                                                            |               |                 |                  |
| 2200064901                            |  | Ministerio de Salud Pública<br>Hospital Dr. Francisco Vásquez<br>Dra. Rebeca Olvera<br>CI 2200064901<br>GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA<br>Reg. Bol. Prof. 0-132203977 |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |                        |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|------------------------|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |
| SI NO                                       |  |  | SI NO                  |  |  |
| CONTRAREFERENCIA                            |  |  | REFERENCIA INVERSA     |  |  |

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (AAAA-MM-DD) |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO  |  |                 |  |     |  |     |  |     |  |
|-----------------|--|-----------------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| PRE- PRESUNTIVO |  | DEF- DEFINITIVO |  | CIE |  | PRE |  | DEF |  |
| 1.              |  |                 |  |     |  |     |  |     |  |
| 2.              |  |                 |  |     |  |     |  |     |  |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                         |  |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |         |               |                 |                  |  |
|---------------------------------------|---------|---------------|-----------------|------------------|--|
| FECHA                                 | HORA    | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |  |
| (AAAA-MM-DD)                          | (HH:mm) |               |                 |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |         | FIRMA         |                 | SELLO            |  |
|                                       |         |               |                 |                  |  |