

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	MARIA RAQUEL	11	04	1983	42 años, 9 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310518459	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO TRINIDAD 2 y VIA JAMITA	098-964-6930 /
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	1310518459	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		2026	01	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	VALORACION DESCENSO DE VEGIJA GRADO II	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS, NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS HACE 2 AÑOS LE DIAGNOSTICARON DESCENSO DE VEGIJA GRADO II POR LO QUE LE RECOMENDARON CIRUGIA. ANTECEDENTES QUIRURGICOS SALPINGECTOMIA HACE 15 AÑOS ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: AGO G4 P4 A0 C0, FUM: 01/01/2025, NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, REFIERE QUE LA ATENDIERON EN LE HOSPITAL POR TENER FIEBRE + INFECCION DE VIAS URINARIAS RECURRENTES DONDE RECIBIO TRATAMIENTO, PERO ELLA REFIERE QUE PERSISTE EL ARDOR AL ORINAR, SIENTE QUE LE QUEMA NO REFIERE SECRECIONES. AL MOMENTO SE RECIBE A PACIENTE AFEBRIL, ACTIVA, ORIENTADAS EN LAS TRES ESFERAS, GLASGOW 15/15.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESCENSO DE VEGIJA GRADO II + INFECCION DE VIAS URINARIAS RECURRENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	16:21	Medicina Rural	MELANY FERNANDA VELASQUEZ ZAMBRANO	2350415069	

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
2026-01-20	16:21	Medicina Rural	MELANY FERNANDA VELASQUEZ ZAMBRANO	2350415069	

