

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| VELEZ            | LUZARDO          | YAIRA NARCISA | 27                  | 11  | 1994 | 29 años, 10 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314039536        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CERRO DE MOSQUITO y          | 096-276-8523 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1314039536                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                           |       | 13D07 / ZONA 4 |     |
|                     |                                          |                          |                                                      |                           |       |                |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                           | Fecha |                |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Ginecología y Obstetricia | 2024  | 10             | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad              | día   | mes            | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 29 AÑOS G2P2A0, LIGADURA HACE 5 AÑOS, AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR PROLAPSO VESICAL DESDE HACE 5 AÑOS APROXIMADAMENTE, REFIERE MOLESTIAS. PACIENTE CON CISTOCELE GRADO 2. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                             |
|-----------------------------|
| VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD |
|-----------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| CISTOCELE   | N811   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-10-16 | 09:49 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-10-16 | 09:49 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |