

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	GILER	DIGNA DEL CARMEN	14	06	1945	80 años, 11 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708818305	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	AV 3 DE JULIO y	999-999-9999 /
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	1708818305	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN	HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	28
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

PCT ACUDE POR DOLOR PELVICO MAS SENSACION DE MASA VULVAR. AL EXAMEN FISICO CISTOCELE GRADO III. SINTOMAS URINARIOS ACOMPAÑANTES, INCONTINENCIA DE ESFUERZO, DISURIA. PORTA ECO PELVICA 25-05-26 QUE INDICA DX DE LITIASIS RENAL IZQUIERDA HIDRONEFROSIS Y SOSPECHA DE CISTOCELE. REPORTA ECOGRAFIA DEL 25/05/2026 REPORTA LITIASIS RENAL IZQUIERDA, HIDRONEFROSIS BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO GRADO III, SIGNOS DE SOSPECHA DE CISTOCELE. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA CISTOPCELE GRADO II SE SOLICITA VALORACION POR NEFROLOGIA Y GINECOLOGIA, SE SOLICITAN EXAMENES DE LABORATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LO INDICADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	12:50	Ginecología y Obstetricia	SAULO MARCELO COBEÑA DUEÑAS	1009-2016-167096	

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
2026-05-28	12:50	Ginecología y Obstetricia	SAULO MARCELO COBEÑA DUEÑAS	1009-2016-167096	