

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	ROSA AZUCENA	31	05	1968	57 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1710131614	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SD y	000-000-0000 /
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	1710131614	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2025	07	11
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

PCTE DE 57 AÑOS DE EDAD, G: 6 P:6, MENOPUASIA A LOS 52 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSION, LOSARTAN 100 MG, AQX: LIGADURA, PCTE REFIERE QUE PRESENTA MASA EN REGION GENITAL CON SALIDA DE LIQUIDO, CON ARDOR Y DOLOR, PAPANICOLAOU HACE 2 AÑOS, ECO NO, EF: PROLAPSO GENITAL, PAPTEST FLORA BACILAR MIXTA, HISTIOCITOS, CELULAR)S ESCAMOSAS ATIPICAS, EN ESPERA DE PROGRAMACION QUIRURGICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PROLAPSO GENITAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

OTROS EXÁMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

Z018

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-11	09:57	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SFGOVIA	1309535340	

DRA. JESSICA REGALADO S.
GINECOLOGA - OBSTETRA
REG. 1027 - 2017 - 1866098
C.I. 1309535340

[Handwritten signature]

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
2025-07-11	09:57	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340	