

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	001414	Hospital Basico De El Carmen	HB	1305740530	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Arteaga	Mera	Ida	Silbania	M	26-10-1963	61	H	D	M	A
										X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0994896593

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
13	1304	130450

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 59 AÑOS-DIABETICA TTO METFORMINA 850 MG BID- GLICLAZIDA 30MG QD- HIPERTENSION ARTERIAL TTO LOSARTAN 50MG BID-- HOA:E4-P4 EUTOCICO 3- CESAREA 1 LIGADA- A0 SE REFIERE POR INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO Y EN OCASIONESESPONTANEO ASI COMO LAS HECES FECALES-- REFIERE AUN NO LE CITA HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ PARA ACTO QUIRURGICOS-

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMATOLOGIA: EXAMEN RES ULTADO UNIDAD V. REFERENCIA BIOQUÍMICA GLUCOSA 159 MG/DL 74 - 115 UREA 31.1 MG/DL 10 - 50CREATININA 0.68 MG/DL 0.6 - 1.1 COLESTEROL 208 MG/DL 0 - 200 TRIGLICÉRIDOS 216 MG/DL 0 - 150 MÉTODO: FOTOMETRÍA AUTOMATIZADAVALIDADO POR: DRA. NORALMA JAIDITH CAÑARTE PIN UROANÁLISIS ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICOCOLOR AMARILLO ASPECTO TRANSPARENTE DENSIDAD 1.010 PH 5.5 LEUCO NEGATIVO LEUKO/UL NITRITOS NEGATIVO PROTEÍNAS NEGATIVO MG/DLGLUCOSA NEGATIVO MG/DL CUERPOS CETÓNICOS NEGATIVO MG UROBILINÓGENO NORMAL UMOL/L MICROALBUMINURIA NEGATIVO G/L 0 - 0.15BILIRRUBINAS NEGATIVO UMOL/L SANGRE NEGATIVO ERY/UL EXAMEN MICROSCOPICO LEUCOCITOS 8 /UL 0-28 PIOCITOS 0 / UL 0-1 HEMATÍES 2 /UL 0-17 CÉLULAS EPITELIALES 2 /UL CÉLULAS ESPITELIALES NO ESCAMOSAS 0 /HPF 0-1 CÉLULAS REDONDAS 0 / HPF 0-1 MOCO 1 /UL 0-28BACTERIAS 3 /LPF 0-21 LEVADURAS 0 /UL 0-1 PSEUDOHIFAS NEGATIVA /UL 0-1 TRICHOMONAS SPP 0 /UL 0-1 ESPERMATOZOIDES 0 /UL 0-6CRISTALES DE ÁCIDO ÚRICO 0 /UL 0-28 CRISTALES DE FOSFATOS TRIPLES 0 /UL 0-28 CRISTALES DE FOSFATOS AMORFOS 0 /UL 0-28 CRISTALES DEOXALATO DE CALCIO NEGATIVA /UL 0-28 CILINDROS ERITROCITARIOS 0 /LPF 0-1 CILINDROS HIALINOS 0 /LPF 0-1 PROCESADO POR: LCDO. JOELSORNOZA MÉTODO: MICROSCOPIA VALIDADO POR: LCDO. JOEL SORNOZA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Cistocele	N811	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-13	01:55	Marily	Ruiz	Ferrin

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1308223708		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

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

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		