

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVARADO	ALVARADO	JUANA OFELIA	27	02	1985	39 años, 11 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0927502039	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y	099-425-9625 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0927502039	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	25
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

PACIENTE REFIERE INCONTINENCIA URINARIA Y SENSACION DE MASA EN INTROITO, SE DERIVA A GINECOLOGIA, ECO TV UTERO NORMAL, OVARIO DERECHO QUISTE SIMPLE, OVARIO IZQUIERDO NORMAL, LABORATORIO ; BH ES NORMAL. GLUCOSA 90, AST 18, ALT 20,M COLESTEROL 168, EMO TRES CRUCES BACETRIAS,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INCONTINENCIA URINARIA Y SENSACION DE MASA EN VAGINA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CISTOCELE	N811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	12:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	 Firmado electrónicamente por: ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR

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
2025-02-25	12:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	