

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	4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1300876388	1300876388					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ	VACA	MARIA	HERMELINDA	F	25/9/1944	80	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
986827386	MSP	X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento.							
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive		X					
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
		1. Accesibilidad geográfica.								
		2. Falta de espacio físico.								
		3. Falta de equipamiento.								
		4. Equipos en mal estado.								
		5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA - CHONE	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR DE 80 AÑOS DE EDAD CON APP DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG VO QD, APQ: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, ARTROPLASTIA DE AMBAS RODILLAS . ACUDE A CONSULTA MEDICA POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA DE +/-20 AÑOS , S EGÚN REFIERE, CARACTERIZADO POR PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINAS OBRE TODO AL TOSER O ESTORNUDAR, POR LO QUE USA PAÑAL DE MANERA PERMANENTE, ADEMÁS SINTOMATOLOGÍA SE ACOMPAÑA DE PRURITO VULVOVAGINAL. POR LO QUE REFIERO A MÉDICO ESPECIALISTA PARA VALORACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EN ESPERA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. OTRAS INCONTINENCIAS URINARIAS ESPECIFICADAS	N394		X	4.			
2. CISTOCELE	N811	X		5.			
3. HIPERTENSION ARTERIAL	I10X		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aaaa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/7/2025	16:02	NATASHA	MACIAS	ARANEA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312602848				

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		