

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	DEYCI FAVIOLA	05	03	1960	66 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303410037	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA LOS CHONANAS y CDLA LOS CHONANAS	099-128-2097 / (05)-269-6607
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	1303410037	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	07	08
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN PROLONGADA CARACTERIZADO POR SÍNTOMAS GENITOURINARIOS PERSISTENTES, ASOCIADOS A SENSACIÓN DE INFLAMACIÓN Y MOLESTIA EN LA REGIÓN GENITAL, CON DATOS COMPATIBLES CON PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO DEL TRACTO GENITOURINARIO. REFIERE PRESENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA, CON EPISODIOS RECURRENTES DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA, LO QUE GENERA LIMITACIÓN EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS Y AFECTACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA. EL CUADRO HA PRESENTADO EVOLUCIÓN PERSISTENTE, CON SINTOMATOLOGÍA QUE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA DETERMINAR LA ETIOLOGÍA, DESCARTAR ALTERACIONES DEL SUELO PÉLVICO, CAMBIOS UROGENITALES ASOCIADOS, PROCESOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS, INFECCIOSOS U OTRAS PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RELACIONADAS. POR LA CRONICIDAD DE LOS SÍNTOMAS, LA PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GENITOURINARIA Y LA INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA, SE CONSIDERA NECESARIA LA REFERENCIA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA VALORACIÓN, REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION	N393		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	11:00	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-08	11:00	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	