

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOZA             | BASURTO          | SONY AURORA | 05                  | 03  | 1962 | 63 años, 11 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304066507        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | KM 40 BARRIO CHAPARRAL y     | 099-539-9707 /       |
| 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                 | 1304066507      | SANTA RITA               | 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  | 02  | 13  |
| 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 FEMENINO DE 63 AÑOS APP: HTA (ARA 2 DE 100MG QD) AQX: APENDICITIS, 1 CESAREA APF: DM, HTA, CA MAMA (HERMANA) CA ESTOMAGO (PADRE Y TIOS) ALERGIAS: NIEGA AGO: G8 A2 P5 C1 FUM DESCONOCE. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR INCONTINENCIA URINARIA POR LO CUAL HA ESTADO EN CONSTANTE CHEQUEO CON MEDICO PARTICULAR, DATO CLINICO CERVIX INFLAMADO + FLUIDO FETIDO, TRAE AL MOMENTO UN PAP DEL 19 DE ENERO DE 2026 EN DONDE REPORTA: FLORA BACILAR FLBA CON DIAGNOSTICO DE INFLAMACION 20A. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES IMC OBESIDAD TIPO 2

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CITOLOGIA: PAP: INFLAMACION 20A

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS INCONTINENCIAS URINARIAS ESPECIFICADAS | N394   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-13 | 09:31 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-13 | 09:31 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |