

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	CELORIO	NINFA JACINTA	10	11	1943	81 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304289828	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS FRAGATAS y LA BOCA	095-883-3620 / (09)-495-8836
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	1304289828	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	12
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 FEMENINA DE 88 AÑOS DE EDAD APP: HTA, OSTEOPOROSIS, ARTROSIS, APQ: COLECISTECTOMIA, APENDICECTOMIA
ALERGIA: AINES, PARACETAMOL. AO: E:6 P:6 A:0. PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO
POR PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA DURANTE LAS ACTIVIDADES DIARIAS COMO LEVANTARSE, TOSER, ESTORNUDAR. NO REFIERE
OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PROLAPSO GRADO 1, CON MANIOBRA DE VALSALVA SE EVIDENCIA SALIDA
DE ORINA INVOLUNTARIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	08:42	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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 clínico

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