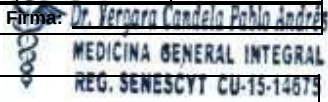


MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA****I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO		ZAMBRANO		MARIA ISABEL		17	06	1968	56	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria				N° Telefonico
Ecuatoriana	Ecuador	1307187763	13	1311	131150	SOLANO				0992161855 - 0982079338
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia					convencional/celular

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		1307187763		San Sebastián		CS		13D08		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital General Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Ginecología		19	02	2025
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutive		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐			
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐			
Falta de profesional		3	☐	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE INCONTINENCIA URINARIA LEVE PRESENTA PROTRUCION DE PARED ANTERIOR VAGINAL QUE NO SOBREPASA INTROITO VAGINAL, COMPATIBLE CON CISTOCELE, SE EVIDENCIA TAMBIEN PALIDEZ DE MUCOSA COMPATIBLE CON CAMBIOS MENOPAUSICOS Y ERITEMA DE MEATO URINARIO, REFIERE TAMBIEN DISMINUCION DE LA LIBIDO ASOCIADO A DISPAREUNIA POR SENSACION DE SEQUEDAD VAGINAL										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
PENDIENTES A REALIZAR.										
5. Diagnostico						CIE-10	PRE	DEF		
1	CISTOCELE					N811		X		
2	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA					R32X		X		
Nombre del Profesional: Pablo Vergara						Codigo MSP: 1312051574		Firma: 		

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales											
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio	
Contrarefiero o Referencia inversa a:								Fecha			
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia	Mes	Año	
2. Resumen del cuadro clinico											
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos											
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados											
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa						CIE-10	PRE	DEF			
1											
2											
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad											
Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____											
MSP/DNEAIS/form.053				7. Referencia Justificada							