

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	VERA	VIVIANA BEATRIZ	24	11	1979	46 años, 3 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	1309592408	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SIMON DAVID VELASQUEZ y	097-952-4627 /
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	1309592408	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	04
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

MUJER DE 46 AÑOS CON APP DE HIPOTIROIDISMO TTO LEVOTIROXINA 50MCG VO AYUNAS *CISTOCELE APQ CESAREA SEGMENTARIA #2 SALPINGECTOMIA BILATERAL, COLPORRAFIA ANTERIOR HACE 5 MESES, ALERGIA NIEGA, APF PADRES CON HTA Y DM ABUELA PATERNA CA HEPATICO (+) TIOS PATERNOS #4 CA HEPATICO (+) Y PROSTATICO CON CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (MANIPULAR OBJETO PESADOS, TOSER, ESTORNUDAR, REIRSE FUERTE) REFIERE USO DE PROTECTOR DIARIOS. AL EXAMEN FISICO SIN RELEVANCIA SIGNOS VITALES TA BRAZO DERECHO 142/86MMHG BRAZO IZQUIERDO 146/98MMHG NIEGA SIGNO DE VASOESPASMO REFIERE QUE EN CASA LAS CIFARS DE TA SON NORMALES HOY ALERTA Y ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO VAGINAL EN ESPERA DE REPORTE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-04	08:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-03-04	08:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	