



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                          |                |                                                         |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------|---|---|---|--|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                        | NÚMERO DE ARCHIVO                   |            |                         |   |   |   |  |  |
| MSP                                                         | 001414           | Eloy Alfaro              | CS-A           | 1314806637                                              |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD       | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Bermudes                                                    | Cedeño           | Jessica                  | Yesenia        | M                                                       | 04-04-1992                          | 33         | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          |                | REFERENCIA                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN |                         |   |   |   |  |  |
| 0989722153                                                  |                  |                          |                | MOTIVO                                                  |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          |                | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                  |                          |                | 2. Falta de espacio físico.                             |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| CANTÓN                                                      |                  |                          |                | 3. Falta de equipamiento.                               |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| PARROQUIA                                                   |                  |                          |                | 4. Equipos en mal estado.                               |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          |                  |                          |                | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| 1303                                                        |                  |                          |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
| 130355                                                      |                  |                          |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                          |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                          |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                          |                | <input checked="" type="checkbox"/>                     |                                     |            |                         |   |   |   |  |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Ginecologia  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PUERPERA DE 33 AÑOS DE EDAD SIN APPDE IMPORTANCIA- NIEGA ALERGIAS - AGO: G6 P6 PIG 7 DIAS DE EVOLUCION ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA SU PRIMER CONTROL POST PARTO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| N/A                                                               |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Esterilizacion                  | Z302 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-02                            | 04:39        | Milton        | Barreto         | Chica            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1312587668                            |              |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |    |    |  |                        |    |    |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|--|------------------------|----|----|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |  |  |  |
|                                             |    |    |  |                        |    |    |  |  |  |

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                                |           |                          |           |                                  |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                 |                 |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                 |                 |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                 |                 |     |     | 6.  |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |