



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	Convento	CS-A	1314467992								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Sabando	Celorio	Jeniffer	Catherine	M	08-03-2000	26	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0979009248		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
		5. Problemas de infraestructura.										

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
PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFEIRIR QUE VIENE A CONTROL MEDICO ADEMASREFIERE PARIDAD SATISFECHA CON NECESIDAD DE LIGADURA DE TROMPAS INDICA QUE TUVO COMPLICACIONES EN S U EMBARZOANTERIOR AL MOMENTO DE LA CIRUGIA- ADEMAS REFIERE EPISODIOS DE CEFALEA HOLOCRAEANA ACOMPAÑADO DE PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES DE MODERADA INTENSIDAD TRATADA CON ANALGESICOS PARACETAMOL 1000 MG CADA 8 HORAS YMETOCLOPRAMIDA 10 MG CADA 8 HORAS- NO REFIERE FIEBRE- NO DIARREAS- NO SINTOMAS ARTICULARES. FUM: 15/04/2026-MENTRUACIONES REGULARES- UTILIZA METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO VALERATO DE ESTRADIOL MASNORTISTERONA DESDE HACE 1 AÑO. AGO: G2 P0 C2 A0. ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA. APP: CEFALEA- APQ CESAREA-APF MAMA ARTRITIS REUMATOIDEA- ABUELOS CON HIPERTENSION ARTERIAL. ANALISIS: PACIENTE CON NECESIDAD DEESTERILIZACION. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNO DE ALARMA- HABITOS DE VIDA SALUDABLE- DIS MINUCION DELSEDENTARISMO-REFERENCIA PARA GINECOLOGIA PARA TRATAMIENTO INTEGRAL- SE ENVIA EXAMENES DE LABORATORIO PARACONTROL POSTERIOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ABDOMEN: SE VIZUALIZA PIEL ATROFICA- SE AUSCULTAN RUIDOS PERISTÁLTICOS- SIN SIGNOS DE DEFENSA- NO SE PALPA HÍGADO-BAZO O RIÑONES- EN REGION UMBILICAL SE PALPA PROTUCION DE MASA CON MANIOBRAS DE VASALVA REDUCTIBLEL- NO ENCARCERADA SIN SIGNOS DE ERITEMA O EDEMA. CICATRIZ DE PFANNENSTIEL EN REGION SUPRAPUBICA- SIN PRESENCIA DELESIONES DERMICAS- NO ERITEMAS O EDEMAS- INGUINOGENITAL: SIN PRESENCIA DE LESIONES DERMICAS- A LA ESPECULOSCOPIA NO HAY SECRECION O PRESENCIA DE EDEMA DE MUCOSA. ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: RESULTADOS DE ESTRUCTURAS ANATOMICAS SIN ALTERACIONES- SIN PRESENCIA DE MASA OCUPATIVAS DE ESPACIO- DENTRO PARAMETROS DE NORMALIDAD.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Esterilizacion	Z302	X		4.			
2.	Hernia Umbilical Con Obstruccion Sin Gangrena	K420	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-04	06:41	María	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310675093				

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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	