

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	CEDEÑO	YURIS SILVANA	13	01	1994	31 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0503946188	MANABI	CHONE	CANUTO	X y X	098-955-4368 /
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	0503946188	CANUTO	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	11	20
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 31 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA EVALUACIÓN EN CONTEXTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. LA PACIENTE REFIERE PARIDAD SATISFECHA, CON DOS HIJOS VIVOS, Y MANIFIESTA DESEAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO. INDICA SU VOLUNTAD FIRME Y CONSCIENTE DE REALIZARSE UNA LIGADURA TUBÁRICA. MENCIONA HABER UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES CON ANTERIORIDAD, LOS CUALES SUSPENDIÓ POR EFECTOS ADVERSOS LEVES. ACTUALMENTE NO UTILIZA NINGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NIEGA RIESGO ACTUAL DE EMBARAZO. NIEGA DOLOR PÉLVICO, SANGRADO VAGINAL ANÓMALO, FLUJO VAGINAL PATOLÓGICO, FIEBRE O DISURIA. LA PACIENTE SE ENCUENTRA SEGURA DE SU DECISIÓN, COMPRENDE QUE LA LIGADURA TUBÁRICA ES UN PROCEDIMIENTO PERMANENTE Y EXPRESA QUE HA ANALIZADO LA OPCIÓN DE MANERA PERSONAL Y FAMILIAR. AL MOMENTO, PACIENTE LÚCIDA, ORIENTADA, CON SIGNOS VITALES ESTABLES Y SIN SIGNOS DE ALARMA. SE REQUIERE VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA Y DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-20	12:44	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2025-11-20	12:44	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

