

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	0-804086528								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MENDOZA		ZAMBRANO		ANA		MERCEDES	M	23/09/1990	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
098 545 8557 / 099 474 9147		MSP		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.							
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		7. Insuficiencia de profesionales.							
						8. Inadecuada capacidad resolutive							
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NI QUIRÚRGICOS DE RELEVANCIA. ANTECEDENTE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE MENSUAL COMBINADO (SOLUNA 5), UTILIZADO DE FORMA CONTINUA DURANTE APROXIMADAMENTE CINCO AÑOS, CON ADECUADA ADHERENCIA. REFIERE PARIDAD SATISFECHA Y MANIFIESTA DE FORMA VOLUNTARIA, INFORMADA Y PERSISTENTE SU DESEO DE OPTAR POR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO MEDIANTE OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL (LIGADURA DE TROMPAS), AL NO DESEAR FUTUROS EMBARAZOS. DURANTE EL USO PROLONGADO DEL MÉTODO HORMONAL REFIERE AUMENTO PROGRESIVO DE PESO, DISMINUCIÓN IMPORTANTE DEL VOLUMEN DEL SANGRADO MENSTRUAL (HIPOMENORREA), CEFALÉAS RECURRENTES Y EPISODIOS DE INFECCIONES VAGINALES A REPETICIÓN, SINTOMATOLOGÍA QUE LA PACIENTE RELACIONA CON EL USO PROLONGADO DEL ANTICONCEPTIVO HORMONAL. POR TAL MOTIVO SOLICITA CAMBIO A UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO. SE INICIA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, CONSEJERÍA ESPECIALIZADA Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACION (QUIRURGICA)	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
13/07/2026	14:30:00	MARÍA	MOREIRA	BERMEO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311619967				

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	