

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																
MSP		O04443	ROCAFUERTE	B	1307217610																		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)															
LOPEZ	MUECKAY	NIDIA		MARIA	F	25/02/1987	38	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X							
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN																		
O969005595		MSP			<table><tr><td></td><td>MOTIVO</td><td></td></tr><tr><td></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>X</td></tr><tr><td></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td></td></tr></table>					MOTIVO			6. Problemas de abastecimiento.			7. Insuficiencia de profesionales.			8. Inadecuada capacidad resolutive	X		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
	MOTIVO																						
	6. Problemas de abastecimiento.																						
	7. Insuficiencia de profesionales.																						
	8. Inadecuada capacidad resolutive	X																					
	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.																					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE																					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL CHONE NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 38 AÑOS ACUDE POR SOLICITAR ESTERILIZACION. AL MOMENTO NO REFIERE MOLESTIA ALGUNA. FUM (18/06/2025) . REFIERE PRESENTAR MENSTRUACIONES EXCESIVAS HACE 5 AÑOS, DOLOR PELVICO. REFIERE SALPINGECTOMIA HACE 10 AÑOS. GESTA (3),ABO (1); CESAREA (2). ANTECEDENTES OBSTETRICOS: GESTA (3); ABO (1); PARA(0); CESAREA (2). ANTECEDENTES PERSONALES (SP); ANTECEDENTES FAMILIARES : DEABETES (ABUELITA, TIAS MATERNAS). SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION GINECOLOGICA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA (CHONE).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	LEIOMIOMA UTERINO		D259		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/07/2025	10:34	LAURA	LOMAS	CONSTANTE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
O912159316				

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	TIPOLOGÍA	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	