

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| DUEÑAS           | VERA             | KATIUSCA PIEDAD | 22                  | 09  | 1982 | 42 años, 4 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310518426        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CHONE y                      | 098-372-8869 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1310518426      | SAN ANTONIO              | 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  | 02  | 12  |
| 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

☐

REFERENCIA  
INVERSA

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 42 AÑOS, NO ANTECEDENTES CLINICOS O QUIRRUGICOS DE RELVANCIA, PACIENTE CON RPESENCIA DE SANGRADO INTERMESNTRUAL ACOMPAÑADO DE DISMENORREA, ACUDE CON REFERENCIA INVERSA PARA GINECOLOGIA SE REALIZA REFERENCIA PARA ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORAICON Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA | N939   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-12 | 14:38 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-12 | 14:38 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |