

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE		B	1310694334		1310694334					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VERA		MACIAS		LISETTE		AUXILIADORA	F	01/12/1993	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0998239893- 0986501358		IESS CAMPESINO		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE				8. Inadecuada capacidad resolutive					
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA 31 AÑOS G2C2 HV: 2 ACUDE POR METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEFINITIVO : APP;TAQUICARDIA (16AÑOS) AQX: CESAREAS ALERGIAS: NO REFIEREAPF: HTA - DIABETES MELLITUS II ABUELOS PATERNOS FUM: AMENORREA DE METODO ANTICONCEPTIVO. PLA.FAMI. IMPLANTE SUBDERMICO 2AÑOS 3 MESES

FACIES Y CONJUNTIVAS ROSADAS , MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS , MAMAS MEDIANAS SIMETRICAS NO PRODUCTIVAS, ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION , AFU NO PALPABLE , RIG SP, MI; SP

Se solicita valoración por especialista en ginecología

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SE SOLICITAN

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ESTERILIZACION	Z302		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29-10-2024	10H13	MARIA FERNANDA		BAUTISTA	TIPAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO			
1721187605		BAUTISTA TIPAN			

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

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	