

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1310818750		1310818750											
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)									
CENTENO	MUÑOZ		JESSENIA		ELIZABETH	F	24/07/1983	42	H	D	M	A						
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN											
O990409843			SEGURO CAMPESINO															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.																
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.													
MANABI	ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.													
														4. Equipos en mal estado.				
														5. Problemas de infraestructura.				
														6. Problemas de abastecimiento.				
														7. Insuficiencia de profesionales.				
														8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
														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 CHONE NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 42 AÑOS, ANTECEDENTES OBSTETRICOS: GESTA (1), ABO (0); PARA (0),CESAREA(1), FUM (18/09/2025). ANTECEDENTES PERSONALES: HIPOTIROIDISMO. ANTECEDENTES FAMILIARES : DEABETES (ABUELOS PATERNOS-MATERNOS), ACUDE POR SOLICITAR SALPINGECTOMIA YA QUE ACTUALMENTE SU PLANIFICACION FAMILIAR ES CON INYECTABLES. POR LO CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA ATENCION EN HOSPITAL CHONE NAPOLEON DAVILA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

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

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/10/2025	9:30	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	