

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SORNOZA	BRAVO	JOHANNA KATHERINE	05	04	1982	43 años, 5 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310977408	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAMOS IDUARTE y 7 AGOSTO	096-110-4028 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1310977408	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	09	30	
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

paciente refiere que acude por presentar dolor articular, resequedad vaginal, sofocacion y sudaracion nocturna acompañada prurito generalizada en la piel, ademas solicita ligadura de trompas por paridad satisfecha, FUM 13/09/2025 G3 P 2 A1 CO cabeza: normocefalica mucosas orales húmedas campos pulmonares limpios claros, tórax normotorax, mamas simétricas no dolorosas a la palpación, abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación al examen ginecológico genitales externos irritado, hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores se observan varices.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZAN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASISTENCIA PARA LA ANTICONCEPCION, NO ESPECIFICADA	Z309		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	08:02	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	 Firmado electrónicamente por: KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA Validar únicamente con FirmaBC

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 clínico

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
2025-09-30	08:02	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	