

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	VALENCIA	ALBA SONIA	18	05	1991	33 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311314098	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SD y	000-000-0000 /
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	1311314098	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	11	05	
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 FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD, ACUDE POR PLANIFICACIO FAMILIAR, APP: NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, APF: NO REFIERE, AGO: G2 A0 P2 C0, ULTIMO HIJO CON 14 AÑOS DE EDAD, PACIENTE ASINTOMÁTICA, AFEBRIL, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS, REFIERE DESEO DE REALIZARSE PROCEDIMIENTO DE SALPINGECTOMIA BILATERAL POR PARIDAD SATISFECHA (METODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL ORAL), POR LO QUE SE INICIA TRAMITE DE REFERENCIA PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARIDAD SATISFECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-05	22:27	Medicina Rural	DAISON ISMAEL BARREIRO ZAMBRANO	1313793778	

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
2024-11-05	22:27	Medicina Rural	DAISON ISMAEL BARREIRO ZAMBRANO	1313793778	