

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                          |                |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA    | NÚMERO DE ARCHIVO        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1343             | CENTRO SALUD SAN ELOY    | A              | 1311699936                          | 1311699936               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO         | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MENDOZA                               | SOLORIZANO       | LILIANA                  | ELIZABETH      | F                                   | 4/7/1988                 | 36                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA        |                | REFERENCIA                          | DERIVACIÓN               | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |   |   |   |
| 997985704                             |                  | NO                       |                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | PROVINCIA                |                | CANTÓN                              |                          | PARROQUIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |
|                                       |                  | MANABI                   |                | ROCAFUERTE                          |                          | ROCAFUERTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGÍA  |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 36 AÑOS APP: OBESIDAD OBSTETRICO: G: 3 P: 3 A: 0 C: 0 FUM : 27/01/2025, PIG: 1 AÑO 10 MESES  
APOX: NO REFIERE CIRUGIAS METODO ANTICONCEPTIVO SOLUNA, EFECTO SECUNDARIOS CEFALEA, . NIEGA ALERGIA,

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMENES DEL 2/7/2025 HEMOGLOBINA 13.5 g/dl, glucosa 108 mg/dL colesterol 153 mg/dL, triglicerido 190 mg/dL

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.              | ESTERILIZACIÓN  | Z302 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                      |                 |                                                                                       |
|---------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                        | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO                                                                      |
| 21/8/2025                             | 10:00        | ELVA                                                                                 | TEJENA          | LOOR                                                                                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                |                 | SELLO                                                                                 |
| 1311746802                            |              |  |                 |  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | 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            |
|                                       |              |               |                 |                  |