

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
MUÑOZ		CEDEÑO		EVELIN ANTONELLA		29	06	1994	31	M
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1311974800	MANABI	CHONE	CHONE	BARRIO LOS CHONANAS			0987446504	
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA			CONVENCIONAL/CELULAR	

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1311974800	CENTRO DE SALUD TIPO C DE CHONE		C	13D07			
REFIERE O DERIVA A:					FECHA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		3	10	2025
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO		

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☒	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☐
Falta de profesional	3 ☐		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 31 AÑOS CON PARIDAD SATISFECHA, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS 2, PARTOS 3, ABORTOS 1, FECHA ULTIMO PARTO 02/10/2025. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, CON CITA A DEFINIR.

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

ATENCION DE PARTO UNICO ESPONTANEO, EXAMENES DE LABORATORIO POSPARTO: HGB:12.2G/DL, HCT:36.2 %, PLAQUETAS:179MMC LEUCOCITOS:606 MMC.

5. DIAGNOSTICO		CIE -10	PRE	DEF
1	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR (ESTERILIZACION QUIRURGICA)	Z300		☒
2				
3				

NOMBRE DEL PROFESIONAL:	DRA: NINFA VELEZ	CÓDIGO MSP	1312399544	FIRMA	
III. CONTRAREFERNCIA:	3 ☐	REFERENCIA INVERSA	4 ☐		

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO	

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO		CIE -10	PRE	DEF
1		Z370		☒
2				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:	CODIGO MSP	FIRMA
7. REFERENCIA JUSTIFICADA		