

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| NAZARENO         | BONE             | ALBERTHA LILIANA | 05                  | 09  | 1988 | 36 años, 11 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311987281        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SN y                         | 098-786-6188 /       |
| 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                 | 1311987281      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 09  | 04  |
| 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 DE 36 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: DIABETES MELLITUS (PAPA), , ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACION FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 5, PARTOS: 2 CESAREAS: 1 ABORTOS: 2. IVS: 18 AÑOS, MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM: 30/08/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NO UTILIZA. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE ANTICONCEPTIVO ORALES COMBINADOS DURANTE 6 MESES, ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO DURANTE 4 MESES. PACIENTE REFIERE DESEO DE REALIZARSE ESTERILIZACIÓN Y DESEA CARNET CEMA MIENTRAS ESPERA FECHA DE REFERENCIA (AL MOMENTO EXISTE RETRASO EN AGENDAMIENTO DE REFERENCIAS PARA LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA ) SE RESPETA DECISIÓN DE PACIENTE. EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. REFIERE LEVE DISFONIA DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA CON DESEO DE REALIZARSE ESTERILIZACION. NUMERO: 0987866188

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| ESTERILIZACION | Z302   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-04 | 09:11 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

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 clinico

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-04 | 09:11 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

