

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GARCIA	MONICA BRICEIDA	28	12	1984	41 años, 3 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312228271	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y 8 DE NOVIEMBRE	099-715-4784 /
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/Area
MSP	1312228271	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	04	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR REVISION DE EXAMENES Y ECOGRAFIA FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION: NO REFIERE PLANIFICACION FAMILIAR: SOLUNA 5 DESDE HACE 7 MESES POSTERIOR A ABORTO ESPONTANEO, CON DESEO DE LIGADURA, SE REALIZA REFERENCIA. AL MOMENO PACIENTE, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, DEPOSICIONES NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 16.6 HCTO 50.3 PLAQUETAS 377 GLOBULOS BLANCOS 8.81 GLUCOSA: GLUCOSA 120 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): COLOR AMARILLO TURBIO PROTEINAS NEGATIVO GLUCOSA NEGATIVO LEUCITOS 8-10 CAMPO BACTERIAS ++ HEMATIES 12-15 X CAMPO ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	14:08	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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
2026-04-07	14:08	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

