

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PILLIGUA	CEVALLOS	ROSA MERCEDES	19	03	1990	36 años, 2 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312498767	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	096-886-3387 /
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	1312498767	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		2026	06	16
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 36 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA MANIFESTANDO DESEO VOLUNTARIO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEFINITIVO, ESPECÍFICAMENTE SOLICITA LIGADURA DE TROMPAS. REFIERE QUE HA RECIBIDO INFORMACIÓN PREVIA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SIN EMBARGO DESEA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEFINITIVO. SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. POR LO ANTERIOR, SE CONSIDERA PERTINENTE REALIZAR REFERENCIA A GINECOLOGÍA PARA EVALUACIÓN, ASESORAMIENTO, CONFIRMACIÓN DE INDICACIÓN Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA CORRESPONDIENTE. 0968863387

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	11:12	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-16	11:12	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	