

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	MERO	SEBASTIANA	14	02	1988	38 años, 0 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312627993	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO BAREN y X	096-371-1333 /
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	1312627993	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		2026	03	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 FEMENINO DE 38 AÑOS DE EDAD *** APP: NR *** APF: PAPA (HTA) *** APQ: CESAREA + LIGADURA (HACE 10 AÑOS) ***AA: NR **** FUM: 04/02/2026 ***** G5A0P4C1 ***** ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO DESEO DE CONCEBIR A UN HIJO CON SU NUEVO COMPROMISO, INDICA QUE EL DOCTOR QUE LA ATENDIO EN CLINICA PARTICULAR NO RECUERDA QUE TIPO DE PROCEDIMIENTO LE REALIZÓ HACE 10 AÑOS, SI CAUTERIZÓ O NO, YA QUE DEPENDIENDO DE ELLO ES LA POSIBILIDAD DE REALIZAR NUEVO PROCEDIMIENTO PARA CONCEPCION. NIEGA ENFERMEDAD PELVICA NI GINECOLOGICAS. EN TTO POR INFECCION DE VIAS URINARIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. *** PERIODOS REGULARES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAMAS SIMÉTRICAS EN BUEN ESTADO Y TAMAÑO, NO DOLOROSAS. SIN PRESENCIA DE SECRECIÓN VAGINAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Z988		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-04	09:45	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-04	09:45	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

