A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1312801820	1312801820

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
LOOR	RODRIGUEZ	JOHANNA	ESTEFANIA	F	06/05/1988	37				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)
997045498

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARP

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	X
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS CON ANTECEDENTE DE 3 GESTAS, 2 CESAREAS Y 1 ABORTO, TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE CON ESTRADIOL + NORESTISTERNA (SOLUNA), ACUDE POR PARIDAD SATISFECHA, AL MOMENTO NO CONTAMOS CON GINECOLOGIA EN NUESTRA UNIDAD POR LO CUAL SE SOLICITA REFERENCIA A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACION	Z320		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

HOSPITAL BASICO SAN ANDRES FLAVIO ALFARO 320-1347 DIRECCIÓN MANABÍ

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/01/2026	8:00	TAYNOVA	SILVA	ZAMBRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1312582487		Firmado electrónicamente por: TAYNOVA DOLORES SILVA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO