

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	ZAMBRANO	CARMEN FABIOLA	18	03	1990	34 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312953589	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	096-747-8106 / (05)-269-5775
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	1312953589	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	10	22	
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 34 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS APARENTES, APQ: CESAREA, G4P0C3A1 ACUDE PORQUE INDICA QUE LE GUSTARIA VOLVER A SER MADRE, REQUIERE QUE SE LE REALICE RECANALIZACIÓN TUBARICA (TUBOPLASTIA), SE INDICA LOS RIESGOS DE LA CIRUGIA Y PORCENTAJE DE ÉXITO, ELLA INDICA QUE IGUAL DESEA CONTINUAR EL PROCESO. CICLOS REGULARES. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, COLABORATIVA CON INTERROGATORIO. SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO DENTRO DE LA NORMALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE NO CUENTA CON EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUBOPLASTIA O VASOPLASTIA POSTERIOR A ESTERILIZACION	Z310		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-22	10:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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 clínico

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
2024-10-22	10:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	