

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	VERA	SONIA ELENA	05	11	1989	36 años, 4 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313053744	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	5DEJUNIO y PASOLATERAL	093-904-7513 / (05)-258-6281
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	1313053744	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	2026	03	17	
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

Usuaría multigesta nulipara , cesareada anterior 2 veces ,de 36 años, con antecedentes de hipertension arterial crónica, previa preeclampsia en primer embarazo, acude a consulta por requerir referencia a segundo nivel para salpingectomía bilateral por paridad satisfactoria, Gesta 03, Partos 0, Cesareas 2, Aborto 1, al examen físico general normal, al momento con anticoncepcion oral combinada, se indica riesgos del uso del anticonceptivo combinado por hipertension arterial, FUM: 13/02/2026, se solicita prueba de embarazo para descartar y continuar el tramite, luego de asesoría escoge cambiar con anticoncepcion de progesterona, tamizaje de violencia negativo, se refiere a segundo nivel para su evaluación y tratamiento .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

retraso de 4 días de menstruacion, se solicita prueba de embarazo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION	Z300		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	08:53	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

Firmado electrónicamente por:
JANNINA MONSERRAT
AMBROSSI DE LA A
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
2026-03-17	08:53	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	