

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GUADAMUD	MARIA FERNANDA	06	09	1988	36 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313053934	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y 8 DE NOVIEMBRE	099-956-9776 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313053934	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	08	13
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 DE 36 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 4 PARTOS: 3 CESAREAS: 0 ABORTOS: 1. (PIG: 25/07/2020). MENARQUIA: 13 AÑOS, FUM: 9/8/2025. ÚLTIMO PAP TEST: NO REFIERE. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE PASTILLAS DURANTE 4 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA Y NO SE EVIDENCIA FACTOR DE RIESGO. REFIERE DESEO DE UTILIZAR ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO, SE RESPETA DECISIÓN Y SE EDUCA SOBRE FORMA DE USO, POSIBLES EFECTOS ADVERSOS Y EFICACIA DE MÉTODO ELEGIDO. SE PRESCRIBE ANTICONCEPTIVO Y SE ENTREGA CARNET CEMA. ADEMÁS, REFIERE PARIDAD SATISFECHA, SE REALIZA REFERENCIA. SEGUIMIENTO SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARIDAD SATISFECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	11:54	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-08-13	11:54	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

