

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GUADAMUD	MARIA FERNANDA	06	09	1988	37 años, 4 meses, 8 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	CHONE (URBANO)	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	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1313053934	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 37 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: G4 A1 P3 C0 FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION: 01/01/2026 ULTIMO EMBARAZO HACE 5 AÑOS. PLANIFICACION FAMILIAR: MICROGYNON, SANGRADOS MENSTRUALES ESCASOS, OSCURO, NIEGA DISMENORREA, PACIENTE REFIERE HABER IDO AL HOSPITAL HACE 4 AÑOS Y DESPUES DE PASAR EN HOSPITALIZACION 1 NOCHE LE INDICARON QUE NO SE PODIA LIGAR POR PROBLEMAS INTERNO DEL QUIROFANO AL MOMENTO QUERER LIGADURA POR LO CUAL SE LE INDICA REFERENCIA A HOSPITAL. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DESEA SALPINGECTOMIA BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	08:26	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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

