

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	ALCIVAR	SELENA ESTEFANIA	21	06	1995	29 años, 7 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	1313224337	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA LOS CHONANAS y	098-012-3250 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313224337	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	01	28
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 29 AÑOS, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 0 CESAREAS: 1 ABORTOS:0 0. PIG: 23/11/2023 APP: NO REFIERE. APF: MADRE HIPERTENSA. ALERGICA: CAMARONES, AQ: CESAREA. IVS: 18 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 07/01/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: HORMONAL ORAL COMBINADO (ETINILES TRADIOL + DROS PERINONA). AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. PACIENTE REFIERE QUERER CAMBIAR METODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL ORAL A METODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO (SALPINGECTOMIA BILATERAL) POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION, PARA GESTIONAR DICHO METODO DE ANTICONCEPCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Por el momento sin exámenes de laboratorio actualizados.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	08:22	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-01-28	08:22	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

