

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	DELGADO	GEMA FERNANDA	25	11	1993	32 años, 3 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313263145	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y 24 DE JULIO	099-541-1651 /
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	1313263145	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	03	16
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 32 AÑOS CON ANTECEDENTE DE GESTACIÓN GEMELAR, ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO DESEO EXPRESO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEFINITIVA MEDIANTE LIGADURA DE TROMPAS, MOTIVADA POR DECISIÓN PERSONAL DE NO CONTINUAR CON NUEVAS GESTACIONES. NIEGA SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES AL MOMENTO, SIN ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA ACTIVA NI COMPLICACIONES RECIENTES, CON ADECUADA COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA IRREVERSIBLE DEL PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DESEO DE ANTICONCEPCION DEFINITIVA QUIRURGICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmasEC

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	12:11	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-03-16	12:11	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	