

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ZAMBRANO	CECILIA LILIANA	11	07	1989	35 años, 7 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313405712	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MIRAFLORES y	098-831-0163 / (99)-999-9999
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	1313405712	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	02	11
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 DE SEXO FEMENINO DE 35 AÑOS DE EDAD G3P2C0A1, ACUDE CON DESEOS DE SALPINGECTOMIA + LIGADURA. FUM: INCIERTA - 5 MESES SIN PERIODO. MENSTRUACIONES IRREGULARES. NO DISMENORREA. ACTIVIDAD SEXUAL SI. METODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL HORMONAL INYECTABLE. AL INTERROGATORIO A LA VEZ REFIERE DOLOR MUSCULAR EN BRAZO IZQUIERDO Y OMOPLATO IZQUIERDA DE 1 SEMANA DE EVOLUCION. MENCIONA PRURITO VAGINAL INTENSO Y SECRECION BLANQUESINA DE 5 DIAS DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DESEOS DE METODO ANTICONCEPTICO QUIRURGICO SALPINGECTOMIA BILATERAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	08:41	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-02-11	08:41	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	