

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARAUS	MOREIRA	DAYANA ELIZABETH	25	03	2001	23 años, 11 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313490730	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 9 DE OCTUBRE y	098-349-7071 /
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	1313490730	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	03	14
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 23 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE. AQX: SALPINGECTOMIA HACE 3 AÑOS. G3P0C2A1 (02/05/2022). FUM 24/02/2025. ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO DESEO DE RECANALIZACIÓN TUBÁRICA PARA BÚSQUEDA DE NUEVO EMBARAZO. NIEGA ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA, CIRUGÍAS ABDOMINALES ADICIONALES O PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS QUE COMPROMETAN LA FUNCIÓN TUBÁRICA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA, PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN SIGNOS NI SÍNTOMAS DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA ACTUAL. SE EXPLICA SOBRE LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA EFECTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO, INCLUYENDO TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA LIGADURA, TIPO DE TÉCNICA EMPLEADA Y RESERVA OVÁRICA. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA POR LO CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PARA VALORACIÓN DE PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ENDOMETRIO MIDE 6 MM, SACO DE DOUGLAS LIBRE, OVARIO DERECHO CON FOLÍCULOS 3-4 MM, OVARIO IZQUIERDO CON QUISTES FOLICULARES, SE RECOMIENDA ECO TRANSVAGINAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFERTILIDAD FEMENINA, NO ESPECIFICADA	N979		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-14	13:56	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
2025-03-14	13:56	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

