

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1248	CS CHONE		C	1313490870								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
FARIAS		VEGA		YARITZA		AGUSTINA	M	8/10/1991	28	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐						
0998471207					MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.					☐				
					2. Falta de espacio físico.					☐				
PROVINCIA					3. Falta de equipamiento.					☐				
CANTÓN					4. Equipos en mal estado.					☒				
PARROQUIA					5. Problemas de infraestructura.					☐				
MANABI					CHONE					SAN ANTONIO				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 34 AÑOS G.5 P.5. A.0 QUE CURSA PUERPERIO MEDIATO DE 24 HORA, LUCIDA CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL REFIERE QUE DESEA REALIZAR LIGADURA DE TROMPAS POR PARIDAD SATISFECHA. ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE FONDO UTERINO EN O, TONICO, RIG; LOQUIOS HEMATICOS EN ESCASA CANTIDAD NO MAL OLOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

HB:12,6 HCT:36,7 PLAQUETAS:188 VIH: NO REACTIVO VDRL: NO REACTIVO

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1. CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION	Z300		☒	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
1/3/2026	08H16	MIREYA		GUAMAN	GUAÑUNA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1721086294					

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☒	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	