

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	JAMA	ANA ADELAYDA	16	04	1997	28 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313491944	MANABI	CHONE	RICAURTE	VÍA FLAVIO ALFARO y PAVON	099-830-2389 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313491944	RICAURTE	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	10	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 FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES NO REFIERE. ANTECEDENTE PATOLÓGICO FAMILIAR MADRE CON HIPERTENSIÓN. HÁBITOS: NO ALCOHOLISMO, NO TABAQUISMO, NO CONSUMO DE DROGAS. ANTECEDENTES GINECOBÉSTRICOS : GESTAS : 3 PARTOS : 3 CESÁREAS: 0 ABORTOS: 0 HV: 3 FUM 15/09/2025 MÉTODO USADO ANTERIORMENTE IMPLANTE SUBDÉRMICO ETONOGESTREL 68MG COLOCADO 14/10/2022 (VENCE HOY). CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES 60 DÍAS EN POCA CANTIDAD POR 3 A 4 DÍAS . ACUDE A CONSULTA MÉDICA PARA RETIRO DE IMPLANTE Y CAMBIO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, MENCIONA PARIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SE HACE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD; HASTA QUE CUENTE CON TURNO EN HOSPITAL SE PRESCRIBE LA ENTREGA MENSUAL DE VALERATO DE ESTRADIOL + NORETISTERONA. AL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE SÍNTOMAS O SIGNOS DE RELEVANCIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-14	10:20	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-10-14	10:20	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

