

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALVAREZ	MARTHA MARGARITA	19	04	1996	29 años, 5 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313492413	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA EGGI MARIA y	099-992-1788 /
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	1313492413	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	10	15
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 DE 29 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 2 PARTOS: 0 CESAREAS: 1 ABORTOS: 1.PIG: 3/01/2023 MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM: 05/10/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NO UTILIZA. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE PASTILLAS DURANTE 2 MESES. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE DESEO DE ACCEDER A SALPINGECTOMIA BILATERAL POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL. ADEMAS REFIERE PRESENTAR PRURITO VULVAR POR LO QUE SE ENVIA TRATAMIENTO A LA SINTOMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	09:30	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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 clínico

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
2025-10-15	09:30	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	