

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1278	SAN ANTONIO		A	1313525253		1313525253						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
PINARGOTE	MUÑOZ		HELEN		YADIRA		F	23/1/1995	30	H	D	M	A	
													X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
099-285-0795 / 0994799551														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.									
					2. Falta de espacio físico.									
PROVINCIA					CANTÓN					PARROQUIA				
MANABI					CHONE					SAN ANTONIO				
					3. Falta de equipamiento.									
					4. Equipos en mal estado.									
					5. Problemas de infraestructura.									
					6. Problemas de abastecimiento.									
					7. Insuficiencia de profesionales.									
					8. Inadecuada capacidad resolutive									
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	

C. RESUMEN CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD.CON ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS AGO: G3 P2 A1 C0. IVS: 18 AÑOS. MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM 19/02/2025. APP: NO REFIERE, APF: PADRE CA DE TIROIDES. FECHA DE ÚLTIMO PARTO 23 DE NOVIEMBRE DE 2024. ACUDE A LA CONSULTA PARA SOLICITAR MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO POR PARIDAD SATISFECHA. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMOCEFALICA, CUELLO SIMÉTRICO, SIN ADENOPATIAS, TÓRAX NORMAL, MAMAS TURGENTES, RSCS RÍTMICOS, CSPS VENTILADOS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL, NI PROFUNDA. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACION			Z302			4.				
2.							5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/3/2025	16:00	MARIA		VELECELA		ZAMBRANO	
		FIRMA				SELLO	
1313571612							

G. EVALUACIÓN 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		TIPOLOGIA	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	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	