

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	ALMEIDA	MARIA ESTHER	23	03	1996	30 años, 4 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313562561	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CONTENTO y	999-999-9999 /
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	1313562561	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	08	04
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 30 años de edad, con antecedente gineco-obstétrico de gestas 2, cesáreas 2 (última hace 4 años), FUM: 16/07/2026, acude al centro de salud manifestando su deseo de optar por un método anticonceptivo definitivo mediante ligadura tubárica bilateral, al considerar satisfecida su paridad y no desear futuros embarazos. Durante la consulta se realiza consejería integral en planificación familiar, brindando información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, con énfasis en el carácter permanente de la esterilización quirúrgica femenina, sus beneficios, riesgos, posibles complicaciones y alternativas reversibles. La paciente manifiesta haber comprendido la información proporcionada y ratifica de manera libre y voluntaria su decisión de acceder al procedimiento. Se considera pertinente referencia al servicio de Ginecología para valoración especializada, confirmación de criterios de elegibilidad, consentimiento informado y programación del procedimiento, de acuerdo con los protocolos institucionales.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-----ECOGRAFIA TRANSVAGINAL-----ULTRASONIDO: Se realiza ecografía de la esfera ginecológica por vía transvaginal observándose. * ÚTERO: de tamaño conservado de localización pélvica, central, piriforme en ANTEROVERSION, de contornos definidos, parénquima miometrial de ecotextura homogénea, no se observan imágenes compatibles con miomas. * Dimensiones de útero aproximadas: -Longitudinal:6.79 cm. Anteroposterior: 3.72 cm Transversal:4.03 cm. CUELLO UTERINO: cerrado, de contornos definidos de parénquima homogéneo, no se observan imágenes patológicas en su interior. ENDOMETRIO, De grosor y aspecto ecográfico conservado mide 0.51cm. En el interior de la cavidad endometrial se identifica contenido heterogéneo, de aspecto líquido con ecos internos finos y móviles que mide 2.72 x1.27 x2.76 cm volumen de 4,98ml , sin evidencia de vascularización al Doppler color. OVARIO DERECHO de localización parauterina, de forma ovoidea, de contorno definido, patrón hipoecogenico, estroma homogéneo, sin quistes en su interior. DIMENSIONES: Longitudinal: 2.22 cm - Anteroposterior 2.05 cm - Transversal 2.22 cm - Volumen de 5.32 ml.. * OVARIO IZQUIERDO de localización parauterina, de forma ovoidea, de contorno definido, patrón hipoecogenico, estroma homogéneo DIMENSIONES: Longitudinal: 2.09 cm - Anteroposterior 1.40cm - Transversal 2.28 cm - Volumen de 3.49 ml. No se observa cuerpo lúteo. No se observa líquido libre en saco de Douglas. HALLAZGOS ECOGRAFICOS: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS COMPATIBLES CON COLECCIÓN INTRACAVITARIA ENDOMETRIAL FOCAL, DE CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE HEMATOMETRA CORRELACIONAR CON CLÍNICA Y ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	14:26	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

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
2026-08-04	14:26	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	