

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO
CEVALLOS		HERNANDEZ		EVELYN ALEXANDRA		20	10	2001	23 M
						DIA	MES	AÑO	D-M-A H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO	
ECUATORIANA	ECUADOR	13136221425	MANABI	CHONE	CHONE	BARRIO LOS CHONANAS			0987446504
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA			CONVENCIONAL/CELULAR

II. REFERENCIA:1

☒

DERIVACION: 2

☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1314969112	CENTRO DE SALUD TIPO C DE CHONE		C	13D07		
REFIERE O DERIVA A:							
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		3	10
ENTIDAD DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES
						AÑO	

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

- Limitada capacidad resolutive
Ausencia temporal del profesional
Falta de profesional

1 ☒
2 ☐
3 ☐

Saturación de capacidad instalada
Otros/ Especifique

4 ☐
5 ☐

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 24 AÑOS CON PARIDAD SATISFECHA, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS 3, PARTOS 3, ABORTOS 1, FECHA ULTIMO PARTO 02/10/2025. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, CON CITA A DEFINIR.

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

ATENCION DE PARTO UNICO ESPONTANEO, EXAMENES DE LABORATORIO POSPARTO: HGB:12.2G/DL, HCT:36.2 %, PLAQUETAS:179MMC LEUCOCITOS:606 MMC.

5. DIAGNOSTICO

1	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR (ESTERILIZACION QUIRURGICA)	CIE -10	PRE	DEF
2		Z300		X
3				

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

DRA: NINFA VELEZ

CÓDIGO MSP

1312399544

FIRMA



Firmado electrónicamente por:
NINFA JAZMIN VELEZ MOREIRA
Validar únicamente con FirmaSC

III. CONTRAREFERNCIA:

3 ☐

REFERENCIA INVERSA

4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFERIERE O REFERENCIA A:							
						FECHA	
ENTIDAD DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES
						AÑO	

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

1		CIE -10	PRE	DEF
2		Z370		X

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA