

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| RIVADENEIRA      | TRIVIÑO          | PAOLA ANDREA | 04                  | 11  | 1998 | 25 años, 11 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313622878        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | PI9CHINCHA y                 | 096-375-8628 / (99)-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                 | 1313622878                               | 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 | 2024 | 10  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELA MATERNA HIPERTENSA EN TRATAMIENTO, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESAREA HACE 1 AÑO 10 MESES, COLECISTECTOMIA HACE 8 AÑOS. AGO G2 P1 C1 A0, FUM: 08/09/2024, PAP: NO, PLANIFICACION FAMILIAR: SI (IMPLANTE POR 5 AÑOS FECHA DE COLOCACION: AÑO 2022. COLABORA CON INTERROGATORIO, ACUDE POR ASESORÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, DESEO DE ESTERILIZACION. DEBIDO A CEFALES RECURRENTES, PERDIDA DE PESO, PERDIDA DE APETITO MOTIVO POR EL CUAL SE SE REALIZA REFERENCIA PARA SEGUNDO NIVEL. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                         |
|-------------------------|
| DESEO DE ESTERILIZACION |
|-------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| ESTERILIZACION | Z302   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-23 | 12:43 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-23 | 12:43 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |