

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUILLEN	ROMERO	GINGER VERENISSE	02	06	2000	25 años, 4 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313670323	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ENTRADA A LA PAPAYA y ENTRADA A LA PAPAYA	097-938-1475 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313670323	SAN ANTONIO	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	22
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	☐	ESTERILIZACION	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 0 CESAREAS: 1 ABORTOS: 0. IVS: 17 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 19/12/2024. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: INYECTABLE COMBINADO. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE INYECTABLE COMBINADO DURANTE 1 AÑO. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA PARA OCLUSION TUBARICA BILATERAL, REFIERE AMENORREA DE 10 MESES DE EVOLUCIO, INDICA HABERSE REALIZADO PRUEBA DE EMBARAZO LA CUAL ES NEGATIVA. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. TELF: 0987490584
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-22	08:55	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-10-22	08:55	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

