

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SOLIZ	FERNANDA CECIBEL	05	12	1991	34 años, 3 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313704411	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	ZAPALLITO y ZAPALLITO	098-959-6192 /
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	1313704411	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	26
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 FEMENINO DE 34 AÑOS DE EDAD, ACUDE CON CONTRAREFERENCIA LA CUAL SOLICITA REFERENCIA A GINECOLOGIA. ACUDE CON CUADRO DE SANGRADO VAGINAL DE 19 DIAS DE DURACION ABUNDANTE A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL BASICO SAN ANDRES ACOMPAÑADO DE DOLOR ABDOMINAL INTENSO, EN LA CUAL ADMINISTTRAN ACIDO TRANEXAMICO Y ANALGESIA. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	10:16	Medicina Rural	DENNIS RENATO ERAZO CHIGUANO	1721390514	

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
2026-03-26	10:16	Medicina Rural	DENNIS RENATO ERAZO CHIGUANO	1721390514	