

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	GARRIDO	GEMA ESPERANZA	19	06	1993	31 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313736611	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA BOYACA y CALLE 8 DE NOVIEMBRE	0990726348 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313736611	SANTA MARTHA	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	09	17
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 QUE HACE UN MES ES SOMETIDA A LIPTOTRICIA, VIA VECICAL URETRAL HACIA RIÑON IZQUIERDO PARA ELIMINAR DOS CALCULOS. PRODUCTO DE AQUELLO DE PRODUCE SANGRADO TRANSVAGINAL PROFUSO DE MODO QUE LE APLICAN DOS PINTAS DE SANGRE. EL PROCEDIMIENTO FUE REALIZADO EN LA CLINICA DEL SOL EN MANTA. DADO QUE LA PACIENTE SIGUE CON SANGRADO TRANSVAGINAL, SOLICITA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA. TODOS LOS DATOS REFERIDOS SON VERBALES DESDE LA PACIENTE. PACIENTE CON BY PAS GASTRICO, ES DIABETICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POR REALIZAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS	N938	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-17	08:28	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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 clínico

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