

ND

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BRAVO	DIANA ISABEL	28	11	1991	32 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1-H 2-M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313798918	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVO CHICO y	/
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	1313798918	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	2024	07	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE 32 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES GINECOOBSTERICOS G5, P3, C1, A1, ANTECEDENTES QUIRURGICOS CESAREA (HACE 16 AÑOS APROXIMADAMENTE). ACUDE POR PARIDAD SATISFECHA. MADRE EN PERIODO DE LACTANCIA MATERNA. COLABORA AL INTERROGATORIO Y AL EXAMEN FISICO. CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE GRAVEDAD. NO REFIERE OTRAS SINTOMATOLOGIAS (0990660067 - 0988071223)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARIDAD SATISFECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico
ESTERILIDAD

CE-10 PRE DEF
Z302

FECHA HORA ESPECIALIDAD
2024-07-29 14:08 Medicina Rural

NOMBRE DEL PROFESIONAL
MARCO HENRI CARVALAL SANTANA

CÓDIGO
131340567A

Dr. Marco Carvalal
Médico Rural
Código: 131340567A
Firma: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA REFERENCIA INVERSA

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contratransfere o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema

Establecimiento de salud

Tipo

Distrito Area

Servicio

Fecha

año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CE-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