

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	SANTANA	MARIA JAMILETH	28	01	1999	27 años, 5 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313862037	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVDA ELOY ALFARO y CDLA SAN CAYETANO	098-451-6088 /
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	1313862037	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		2026	07	08
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 FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD, AGO: G3 A0 C0 P3, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE AA: NO REFIERE QUE ACUDE A CONSULTA CON EL OBJETIVO DE SOLICITAR MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEFINITIVO, MANIFESTANDO SU DESEO DE REALIZARSE LIGADURA DE TROMPAS . REFIERE INTERÉS EN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA, POR LO QUE SOLICITA VALORACIÓN POR ES PECIALIDAD DE GINECOLOGÍA PARA ASES ORAMIENTO. S E REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGÍA PARA CONTINUAR MANEJO. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL. 0982938917

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	09:10	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-08	09:10	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	