

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VALENCIA	MARIUXI AUXILIADORA	01	11	1991	32 años, 10 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313897629	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS SAUCES y	099-888-2739 /
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	1313897629	SANTA RITA	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	10	01
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 DE SEXO FEMENINO DE 32 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQ: NO REFIERE AGO: G4 A0 P4 C0. ACUDE A CONSULTA POR ELECCIÓN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO, MÉTODO ESCOGIDO: SALPINGECTOMÍA. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICA, AFEBRIL, CONECTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. REFIERE HABER INICIADO CON MÉTODO INYECTABLE EL CUAL FUE SUSTITUIDO POR IMPLANTE SUBDERMICO PERO DEBIDO A LOS EFECTOS ADVERSOS HA DECIDIDO REALIZARSE LA SALPINGECTOMIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-01	13:20	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-10-01	13:20	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	