

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIÑONEZ	MUEENTES	JOSSELIN JENIFFER	20	11	1992	32 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314065614	MANABI	CHONE	BOYACA	BOYACA y	099-707-5893 /
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	1314065614	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	10	20
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 32 AÑOS DE EDAD, POSTPARTO ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑA DE UN FAMILIAR. PACIENTE REFIERE HABER SUFRIDO DE SANGRADO EN EL PRIMER DEL EMBARAZO EL 17/10/2025, ACUDE A REALIZARSE ECOGRAFIA PARTICULAR EN EL CUAL REPORTA PRESENTA SACO VITELINO SIN PRESENCIA SIN LATIDOS O EMBRION. ACUDE AL HOSPITAL DONDE FINALMENTE ABORTA CON MEDICACION. ACTUALMENTE ACUDE AL ESTABLECIMIENTO POR PARIDAD SATISFECHA, CONSTANDO CON 5 GESTAS, 3 PARTOS, 2 ABORTOS. SE REALIZA REFERENCIA PARA HOSPITAL POR GINECOLOGIA PARA LIGADURA DE TROMPAS. TELEFONO:

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0997075893

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	12:22	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-10-20	12:22	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	