

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	GUERRERO	NATHALY BELEN	12	08	2000	25 años, 9 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	1314143924	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MUCHIQUE 2 y	096-863-2053 /
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	1314143924	ELOY ALFARO	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	06	10
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 25 AÑOS DE EDAD, FUM: 12/04/2026, PACIENTE REFIERE UTILIZAR METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MENSUAL Y DESDE SU USO REFIERE IRREGULARIDAD EN SU MENSTRUACION, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS. GESTAS: 2, ABORTOS: 1, CESAREAS: 1 HACE 2 AÑOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: REFIERE QUE TENIA SINDROME OVARICO METABOLICO POLIENDOCRINO ANTES DEL EMBARAZO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELOS HTA, DM2, MAMA DM2, ALERGIA: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA REFIRIENDO QUE DESEA LIGARSE, QUE YA TIENE 1 BEBE Y QUE SIENTE QUE ES SUFICIENTE, QUE ES MUY COMPLICADO PARA ELLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	14:22	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-06-10	14:22	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

