

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

C
A

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1314313873	1314313873						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMBRANO	QUIJUE	YENIFFER	ALEXANDRA	F	13/01/1995	31	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO						
0997664011-0989871276	NO APORTA					6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA					8. Inadecuada capacidad resolutive				
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
						X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

S: PACIENTE FEMENINA 31 AÑOS G2C2 HV: 2 ACUDE POR MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO. AL MOMENTO REFIERE ASINTOMÁTICA.
APP: No refiere ALERGIAS: No refiere AOX: CESÁREA (2) APF: DIABETES (PADRE Y MADRE) HIPOTIROIDISMO (HERMANA)
AGO: MENARQUIA : 15 años CMIX28X4DIAS IVSA: 18AÑOS PF. ACOC (3MESES) PAP TEST: SI HACE 1 AÑO DOC MAMARIO
G2C2 HV: 2 FUP: 11/8/2022 FUM : 21/2/2026
O: Examen Físico:
Paciente lúcida consciente orientada en tiempo espacio y persona
Facies y conjuntivas rosadas
Mamas medianas simétricas ,no productivas
Abdomen : suave depresible no doloroso a la palpación
RIG: No se evidencian perdidas vaginales
MI : sin edema , sin patologia aparente
Se Brinda información completa para una adecuada elección del método anticonceptivo , e información completa para una adecuada decisión del momento oportuno para un embarazo.
Plan : Prueba de embarazo (BHCg en SANGRE)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE SOLICITAN

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. PARIDAD SATISFECHA	Z302		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/04/2026	9H12	MARIA	BAUTISTA	TIPAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1721187605				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			4.			
2.			5.			
3.			6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA