

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	ALVAREZ	MARIA FERNANDA	10	02	2000	26 años, 0 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314336999	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COPETON y	098-716-4256 /
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	1314336999	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	02	11
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

☐

ESTERILIZACION

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD, G6 P5 C0 A1, QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA VALORACIÓN Y CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEFINITIVA. REFIERE PARIDAD SATISFECHA, NIEGA DESEO REPRODUCTIVO FUTURO Y MANIFIESTA DECISIÓN VOLUNTARIA E INFORMADA DE SOMETERSE A OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL. CICLOS MENSTRUALES REGULARES, SIN DISMENORREA SEVERA NI SANGRADO ANORMAL. NIEGA DOLOR PÉLVICO, FLUJO VAGINAL PATOLÓGICO, FIEBRE, SÍNTOMAS URINARIOS O GASTROINTESTINALES ASOCIADOS. ABORTO HACE 1 MES. SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AL MOMENTO DE LA CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0987164256

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-11	08:20	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-02-11	08:20	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

