

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1248	CS CHONE		C	1314475797								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SALAVARRIA		ZAMBRANO		ROXANA		KARINA		M	8/1/1997	28	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)														
0988944020														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.								
MANABI		CHONE		BELLA VISTA BAJA		REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐								
MOTIVO														
6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 28 AÑOS G.5 P.5. A.0 QUE CURSA PUERPERIO MEDIATO DE 24 HORA, LUCIDA CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL REFIERE QUE DESEA REALIZAR LIGADURA DE TROMPAS POR PARIDAD SATISFECHA. ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE FONDO UTERINO EN O-2 TONICO, RIG; LOQUIOS HEMATICOS EN ESCASA CANTIDAD NO MAL OLO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

HB:12,5 HCT:38,5 PLAQUETAS:296 VIH: NO REACTIVO VDRL: NO REACTIVO

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF				CE	PRE	DEF
1. ESTERILIZACION (QUIRURGICA)	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	
14/10/2025	13H00	MIREYA		GUAMAN		GUAÑUNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1721086294							

Firmado electrónicamente por:
MIREYA MARLENE GUAMAN GUANUNA

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA		Validar únicamente con FirmaBC		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		TIPOLOGÍA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF				CE	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			