

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHILA	BARREIRO	ERIKA EUGENIA	15	04	1998	27 años, 4 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314557636	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	095-894-2393 /
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	1314557636	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		2025	09	03
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 27 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: HTA (MAMA), DIABETES MELLITUS (ABUELA PATERNA), , ACUDE A CONSULTA PARA ESTERILIZACION ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 3, PARTOS: 2 CESAREAS: 0 ABORTOS: 1. IVS: 18 AÑOS, MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM: 01/09/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NO UTILIZA. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO DURANTE 4 AÑOS. PACIENTE REFIERE DESEO DE REALIZARSE ESTERILIZACIÓN. SE RESPETA DECISIÓN DE PACIENTE. EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0958942393 // 0963674815

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-03	14:41	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-09-03	14:41	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	