

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LARA	INTRIAGO	ROSA ANGELICA	30	08	1997	27 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314781251	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIUDADELA ARAY y	096-928-3867 /
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	1314781251	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	07	21
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: NO REFIERE, PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA REFERENCIA PARA ESTERILIZACIÓN. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 2 PARTOS: 2 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. IVS: 15 AÑOS, MENARQUIA: 13 AÑOS, FUM: 15/05/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO. NO REFIERE ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN. PACIENTE REFIERE QUE YA HABIA INICIADO LOS TRAMITES PARA ESTERILIZACIÓN CON ANTERIORIDAD, REFIERE EN LA PRIMERA OCASIÓN YA TENIA PROGRAMADA FECHA PARA SU CIRUGÍA EN EL HOSPITAL PERO FUE SUSPENDIDA SU CIRUGÍA POR PRESENTAR CUADRO RESPIRATORIO Y EN LA SEGUNDA OCASIÓN REFIERE TENIA TAMBIEN FECHA PROGRAMADA POR HOSPITAL PERO FUE SUSPENDIDA POR INDISPONIBILIDAD DE QUIROFANOS, POR LO CUAL ACUDE NUEVAMENTE PARA INICIAR LOS TRAMITES DE DERIVACIÓN. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTERILIZACIÓN. NUMERO: 0969283867 // 0985524064

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	09:19	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 clínico

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
2025-07-21	09:19	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

