

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUEDES	CEDEÑO	JESSICA YESENIA	04	04	1992	33 años, 5 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314806637	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA HUMEDAD	098-9722153
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	1314806637	ELOY ALFARO	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	10	01
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 clinico

PUÉRPERA DE 33 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA, NIEGA ALERGIAS, AGO: G:6 P:6, PIG: 7 DIAS. ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA SU PRIMER CONTROL POSTPARTO, FIN DE EMBARAZO: 24/09/2025, SE OBTIENE PRODUCTO UNICO VIVO, SEXO: FEMENINO, POR PARTO EUTÓCICO A LAS 39.3 SEMANAS POR FUM, CON APGAR: 8/9, PESO: 3200 G, TALLA: 49 CM, PC: 36 CM. DE MOMENTO EN BUEN ESTADO GENERAL, NO PRESENTA SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA, PACIENTE REFIERE PARIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SE REFERIRÁ A GINECOLOGIA PARA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA, SIN EMBARGO, HASTA QUE USUARIA TRAMITE PROCESO QUIRÚRGICO USARA LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVA SOLO PROGESTERONA. EXAMEN FISICO SIN ALTERACION. SCORE MAMA 0.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE- 10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	09:06	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

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
2025-10-01	09:06	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	