

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
COBEÑA		MORANTE		GEMA KATHERINE		22	12	1994	30	M
						DIA	MES	AÑO	B-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1314919489	MANABI	CHONE	CHONE	CIUDADELA LA ESMERALDAS			996207955	
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA			CONVENCIONAL/CELULAR	

II. REFERENCIA:1

☒

DERIVACION: 2

☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1314969112	CENTRO DE SALUD TIPO C DE CHONE		C	13D07			
REFIERE O DERIVA A:								
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		22	10	2025
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO	

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

- Limitada capacidad resolutive
- Ausencia temporal del profesional
- Falta de profesional

1	☒
2	☐
3	☐

Saturación de capacidad instalada
Otros/ Especifique

4	☐
5	☐

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 30 AÑOS CON PARIDAD SATISFECHA, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS 1, CESAREA, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, CON CITA A DEFINIR.

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

ATENCION DE PARTO POR CESAREA

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR (ESTERILIZACION QUIRURGICA)	Z300	☒
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

DRA MONICA REVELO

CÓDIGO MSP

1004332365

FIRMA

III. CONTRAREFERNCIA:

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:							
						FECHA	
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1		Z370	☒
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA