

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	
CHICA		LOPEZ		LISTBETH CAROLNA		12	8	2025	31	M
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1314969112	MANABI	CHONE	CHONE	CDLA VARGAS PAZZOS POR RECEPCIONES MANU FORTI			0984565042	
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:					FECHA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		12	8	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 32 AÑOS CON PARIDAD SATISFECHA, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS 3 PARTOS 2 ABORTOS 1, FECHA ULTIMO PARTO 11/8/2025. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, CON CITA A DEFINIR.

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

ATENCION DE PARTO UNICO ESPONTANEO, EXAMENES DE LABORATORIO POSPARTO: HGB:12.2 HCT:35.6 PLAQUETAS:241 LEUCOCITOS:17:41

5. DIAGNOSTICO

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

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

OBST. ALVARADO KARLA

CÓDIGO MSP

1208296796

FIRMA



Firmado electrónicamente por:
KARLA ZARELA
ALVARADO CEREZO
Validar únicamente con FirmaEC

III. CONTRAREFERNCIA:

3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

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

1		CIE -10	PRE	DEF
2		Z370		X

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

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA
JUSTIFICADA