

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CRUZATE	ZAMBRANO	MIRIAN JACQUELINE	06	05	1992	32 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314993070	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	PASANDO LA ESCUELA y HACIENDA PAREDES	0978887344 /
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	1314993070	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	03	11
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 32 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS, APQ: NO REFIERE, APF: PADRE DM2, AGO G:3 A:1 P:2, FIG: 3 AÑOS, FUM: 28/02/2025, CICLO IRREGULAR, METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ACTUAL: ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO (SOLUNA), AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACUDE A UNIDAD OPERATIVA POR REFERIR PARIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SE REFERIRÁ A GINECOLOGIA PARA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA, SIN EMBARGO, HASTA QUE USUARIA TRAMITE PROCESO QUIRÚRGICO CONTINUARA CON METODO INYECTABLE COMBINADO SIENDO SU APLICACION DEL METODO EL 7 DE CADA MES. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; ANTROPOMETRÍA: OBESIDAD TIPO I; EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	18:08	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
2025-03-11	18:08	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

