

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BONES	JAIRA JELITZA	30	09	2000	25 años, 9 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314998574	MANABI	CHONE	CONVENTO	PEDRO VERA FAULA y	097-953-3116 /
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	1314998574	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Familiar Y Comunitaria	2026	07	07
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 25 AÑOS AGO G3 A1 P0 C2 METODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL IMPLANTE SUBDERMICO REFIERE NO HA TENIDO MENS TRUCION DESDE LA COLOCACION DEL MISMO ACUDE A CONSULTA Y SOLICITA INFORMACIÓN Y REFERENCIA PARA PROCEDIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE. REFIERE DESEO REPRODUCTIVO SATISFECHO Y MANIFIESTA DECISIÓN VOLUNTARIA E INFORMADA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SÍNTOMAS AGUDOS NI CONTRAINDICACIONES CLÍNICAS EVIDENTES PARA CONTINUAR CON EL PROCESO DE EVALUACIÓN. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. EXAMEN CARDIOPULMONAR Y ABDOMINAL SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EXPRESA SU DESEO DE LIGARSE SE ENVIA REFERENCIA A SERVICIO DE GIENCOLOGIA PARA RESOLUCION DE CUADRO QUIERURGICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	08:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-07	08:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

