

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1315109239		---				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
BRAVO		VELEZ		YESSICA		MARILU		F	20/02/1991	34	H	D
											M	A
												X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0986104206				X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria				
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
MANABI				5. Problemas de infraestructura.				X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE PREECLAPSIA, REFIERE QUERER REALIZARSE LA ESTERILIZACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1. ESTERILIZACION			Z302		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO
13/01/2025	8:00:00	ROBERT		PEÑARRIETA
SEGUNDO APELLIDO		ZAMBRANO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FRMA		
1313675108		 Firmado electrónicamente por: ROBERT JACINTO PEÑARRIETA ZAMBRANO		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO		ZAMBRANO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FRMA		
		SELLO		