

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	MENDOZA	JARITZA MARICELA	16	08	2002	22 años, 6 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315139426	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MAGALY VERA y	096-990-0759 /
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	1315139426	SANTA RITA	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	05
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 22 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 2 PARTOS: 0 CESAREAS: 2 ABORTOS: 0, MENARQUIA: 11 AÑOS, FUM: 25-02-25. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: IMPLANTE SUBDERMICO. MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. PACIENTE ACUDE EL DIA DE HOY POR PLANIFICACION FAMILIAR CON ELECCION DE ESTERILIZACION, PACIENTE SATISFECHA CON SUS GESTACIONES PREVIAS, EXPRESA EL DESEO DE NO QUEDAR EMBARAZADA NUEVAMENTE. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE SOBRE LA ESTIRILIZACION. PACIENTE DECIDE REALIZARCE ESTERILIZACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-05	10:29	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-03-05	10:29	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	