

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | CEVALLOS         | ANA GABRIELA | 23                  | 01  | 1994 | 32 años, 5 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315310787        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | ENTRADA LAS DAMAS y          | 093-978-8562 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1315310787                               | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D08 / ZONA 4            |      |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                           |      |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        | Fecha                     |      |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Ginecología y Obstetricia | 2026 | 07  | 21  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| USUARIA DE SEXO FEMENINO DE 32 AÑOS DE EDAD . GESTAS 01- ABORTOS 00 -PARTOS 01 - CESÁREAS 00. PIG 16 AÑOS... FUM: 21/06/2026 .QUE ASISTE A LA CONSULTA SOLA . AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO . ACUDE POR PARIDAD SATISFECHA CON COMPLICACIONES EN EMABARAZO ANTERIOR (PREECLAMPSIA).... EXAMEN FÍSICO: SPA... ID: ESTERILIZACION.. PLAN: REFERENCIA A 2DO NIVEL DE ATENCION HNDC. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| NN |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| ESTERILIZACION | Z302   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-21 | 12:42 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

### 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/Área | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-21 | 12:42 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

