

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| SOLORZANO        | MENDIETA         | KATHERINE CECIBEL | 14                  | 11  | 1993 | 30 años, 11 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315625101        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | BAYPAS y                     | 096-362-1093 /       |
| 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                 | 1315625101      | 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 | 2024  | 11  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive☐

Saturación capacidad instalada☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☐

Falta de profesional☒

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE TRIGESTA DE 30 AÑOS CON 33.1 SG -SEGUN PRIMERA ECO 26-04-2024/ FPP: 31-01-2024 // AP:NO REFIERE, APQX: OOFORECTOMIA + SALPINGECTOMIA DERECHA ABIERTA POR EMBARAZO ECTOPICO HACE 3A ,APF: NO REFIERE, AGO: G2 P1 A1 C0 (PARTO HACE 14A), MENARQUIA:11 A, METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 30 A, 33.1SG, AP: EMBARAZO ECTOPICO HACE 3A. AQX: OOFORECTOMIA+ SALPINGECTOMIA ABIERTA. AGO: G2P1C0A1. PARTO HACE 14A. ALTO RIESGO (IMC + EMB ECTOPICO+ CICATRIZ PREVIA). PACIENTE REFIERE DESEO DE LIGADURA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA | O342   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-11-02 | 16:23 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-11-02 | 16:23 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |