

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	CUSME	FANNY ROCIO	24	12	1994	30 años, 0 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315799500	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA MANAI y	099-447-7664 /
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	1315799500	RICAURTE	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	01	22
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 DE 30 AÑOS DE EDAD DE SEXO FEMENINO, VIVE EN LAS GARZAS CERCA DE COLEGIO CARMELINA TEOFILA MOREIRA, TELEFONO DE CONTACTO: 0992767081, ACUDE A CONSULTA A ESTA CASA DE SALUD POR ESTERILIZACION, PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA APARENTE, REFIERE FUM: 28/12/2024 AGO: G:3 P:2 A.0 C0 APP: NO REFIERE APF: MADRE: EPILEPSIA AQX: NO REFIERE ALERGIAS: MARISCOS. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIAS TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADAS RSCS RITMICAS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, EXTREMIDADES INFERIORES: NORMALES SIN EDEMA, PACIENTE SE ENCUENTRA ACTIVA, REACTIVA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO CON GLASGOW 15/15 AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. REFERENCIA A GINECOLOGIA 4. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE A CASA DE SALUD POR ESTERILIZACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	11:40	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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 clínico

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
2025-01-22	11:40	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

