

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANO	CANO	CARMEN INES	19	07	1993	32 años, 4 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315812204	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA NUEVA y EL RECREO	097-566-7999 /
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	1315812204	SAN ANTONIO	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	11	25
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

☐

ESTERILIZACION

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APF: HTA (MAMA), CIRROSIS (PAPA FALLECIDO), APQX: CESAREA #2 ULTIMA HACE 5 AÑOS, AA: NO REIFRE. AGO: G:2 P:0 A:0 C:2. FUM: 15/11/2025. ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACION FAMILIAR, PACIENTE SOLICITA SALPINGECOTMIA BILATERAL POR PARIDAD SATIS FECHA. METODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: ORAL COMBINADO. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL. TEL: 0969098397

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TUBOPLASTIA O VASOPLASTIA POSTERIOR A ESTERILIZACION		Z310		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	10:21	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-11-25	10:21	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	