

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	CEDEÑO	JAHAIRA JAMILETH	01	10	1998	26 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315868446	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MARGARITA y	098-472-9385 /
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	1315868446	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	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 23 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 1 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. IVS: 16 AÑOS, MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM: NO RECUERDA. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: IMPLANTE SUBDERMICO DE 3 AÑOS. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE ANTICONCEPTIVO ORAL DURANTE 2 AÑOS Y ANTICONCEPTIVO INYECTABLE DURANTE 6 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. PACIENTE CON DESEO DE REALIZACIÓN DE UNA SALPINGECTOMÍA, SE RESPETA DECISIÓN Y SE EDUCA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SE RESPETA DECISIÓN DE LA PACIENTE POR RESPETO A LA AUTONOMIA Y DERECHO DEL PACIENTE A LA ELECCIÓN DE SU MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REFIERE DECISIÓN DE UNA SALPIGECTOMIA, SE RESPETA VOLUNTAD Y DECISIÓN DE PACIENTE DE ACUERDO AL DERECHO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y ACUERDO MINISTERIAL SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. NUMERO: 0992729385 // 0958920856

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-05	11:09	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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	11:09	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

