

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ALCIVAR	GEMA MONSERRATE	26	06	1995	29 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315937589	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y NA	099-792-3695 /
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	1315937589	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		2025	02	27
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 FEMENINO DE 29 AÑOS, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 52%, APP: NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS, NO REFIERE. AGO G2 P2 HV2, FUM: 13/02/2025. ANTICONCEPCIÓN ACTUAL: NINGUNA. ACUDE CON CUÑADO Y PERSONAL DEL MIESS (LCDA. SULLY VENTURA). REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO POR 3 AÑOS E INYECCIONES MENSUALES (NORETISTERONA + ESTROGENO SOLUNA) POR 1 AÑO AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA Y NO SE EVIDENCIA FACTOR DE RIESGO. REFIERE QUE DESEA REALIZARSE LIGADURA DE TROMPAS POR PARIDAD SATISFECHA, POR LO CUAL SE SOLICITAN EXÁMENES DE LABORATORIO Y REFERENCIA PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARIDAD SATISFECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	08:28	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-02-27	08:28	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

