

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| MENDOZA          | MURILLO          | CHRISTOPHER DAMIAN | 12                  | 04  | 1995 | 30 años, 11 meses, 15 días | Hombre  |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316384252        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | ESCUELA MANABI y             | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1316384252      | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General |  | 2026  | 03  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

USUARIO SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE POR SOLCIIUTUD DE VASECTOMIA PARA ESTERILIZACION QUIRURGICA SE TRAMITA REFERENCIA A 2DO NIVEL DE ATENCION DEL HNDC

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| ESTERILIZACION | Z302   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-03-27 | 09:57 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-03-27 | 09:57 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |