

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CRUZATTI	ERIKA ADRIANA	08	08	2000	24 años, 1 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	1316405859	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO LA DIVISION y	096-272-1963 /
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	1316405859	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	2024	10	07
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 SECUNDIGESTA DE 24 AÑOS CON 32.3 SG -SEGUN FUM 24-02-2024 FPP:30-11-2024 // AP:ITU A REPETICION, APQX:NO REFIERE,APF: NO REFIERE, AGO: G2 P0 A1 C1 (CESAREA HACE 5 A, PREMATURO), -MENARQUIA:13 A, METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO. SM:0. RO: ALTO 4 PTS (ABORTO + PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 5 AÑOS + ITU A REPETICION)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 24 AÑOS CON 32.3 SG -SEGUN FUM 24-02-2024 FPP:30-11-2024 // AP:ITU A REPETICION, APQX:NO REFIERE,APF: NO REFIERE, AGO: G2 P0 A1 C1 (CESAREA HACE 5 A, PREMATURO), -MENARQUIA:13 A, METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO. SM:0. RO: ALTO 4 PTS (ABORTO + PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 5 AÑOS + ITU A REPETICION)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342	x	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	22:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-10-07	22:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	