

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	BARRE	XIMENA CAROLINA	22	02	1995	30 años, 9 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316472487	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y CDLA SAN CAYETANO	093-957-0459 / (99)-999-9999
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	1316472487	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	12	04
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 clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL POSTPARTO SUBSECUENTE HACE 1MES 5 DIAS SIN COMPLICACIONES DURANTE EL MISMO, MENCIONA SENTIRSE BIEN, ÚTERO CONTRAÍDO, SE BRINDA CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ACTUALMENTE CON ANTICONCEPCION DE UN SOLO PROGESTAGENO ORAL, PACIENTE REFIERE QUE DESEA LIGARSE Y NO TOMAR ANTICONCEPTIVOS,AL MOMENTO SE OBSERVA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, CON BUENA SECRECION LACTEA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DESEA PROGRAMAR LIGADURA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION Y EXAMEN DE MADRE EN PERIODO DE LACTANCIA	Z391		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	10:05	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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

