

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARQUEZ	MERO	KARLA GEMA	31	12	1994	30 años, 9 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	1316605904	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUERTO ARTURO MALECON DEL RIO y	096-748-2752 /
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	1316605904	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	10	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

Tuboplastia o vasoplastia posterior a esterilización

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR INTERÉS EN CONCEBIR NUEVAMENTE. MENCIONA ANTECEDENTES DE EMBARAZO PREVIO (G2, A0, C2). REFIERE QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA LIGADA (ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA) DESDE HACE 5 AÑOS . NO PRESENTA SÍNTOMAS ACTUALES COMO DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO VAGINAL ANORMAL O ALTERACIONES MENSTRUALES. SU CICLO MENSTRUAL ES REGULAR, CON DURACIÓN PROMEDIO DE 5 DÍAS Y FUM: 26-09-2025. NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS RECIENTES. CELULAR 0967482752 -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUBOPLASTIA O VASOPLASTIA POSTERIOR A ESTERILIZACION	Z310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	16:05	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-10-02	16:05	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

