

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	INTRIAGO	DAYANA MONSERRATE	24	11	1996	29 años, 6 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316629771	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	SN y	096-977-5606 /
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	1316629771	FRUTILLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D12 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	15
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 FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS : GESTAS :5 ABORTOS : 1 PARTOS (CESÁREAS) : 3 EMBARAZOS ECTÓPICOS : (1) PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 AÑO EN SU ÚLTIMA CESÁREA LE DIJERON QUE TAMBIÉN LE REALIZARON LIGADURA DE TROMPAS , NO OBSTANTE EL 10/6/2026 TUVO ABORTO ESPONTÁNEO MANEJADO EN CLINICA PARTICULAR DONDE LE DICEN QUE NO ESTABA LIGADA. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA Y LIGADURA DE TROMPAS , AL MOMENTO SE APLICA IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DE ETONOGESTREL 68 MG SUBCUTÁNEO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION	Z300		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	09:27	Medicina Rural	MILENA MERCEDES DAVILA INTRIAGO	1313183806	

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
2026-06-15	09:27	Medicina Rural	MILENA MERCEDES DAVILA INTRIAGO	1313183806	