

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVIA	MACIAS	ANGELICA MARIA	25	07	1998	27 años, 5 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317465431	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE y	999-999-9999 /
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	1317465431	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	21
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

EDAD: 27 AÑOS. APP: NO REFIERE. APF: PADRE (DMT2/IAM) MADRE (HTA). APQ: NO REFIERE. AGO: MENARQUIA 15 AÑOS CICLOS MENSTRUALES REGULARES - AMENORREA TRAS COLOCACION DE IMPLANTES. PAP TEST: HACE 4 AÑOS (NORMAL) GESTA 2 PARTOS 2 CESAREAS 0 ABORTOS 0. PLANIFICACION FAMILIAR: IMPLANTE SUBDERMICO 2 PALITOS. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE QUE SE COLOCA IMPLANTE HACE 1 AÑO 2 MESES, REFIERE QUE PRESENTA SANGRADO ABUNDANTE DURANTE 7 MESES QUE SE EXACERBA DURANTE LOS ULTIMOS DIAS. PACIENTE SE ENCUENTRA TOMANDO PROVERA LO CUAL REGULA PARCIALMENTE. SE ENVIAN ACTICONCEPTIVOS ORAL COMBINADOS. PACIENTE AL DIA DE HOY CON ADECUADO CONTROL DE SANGRADO TRANSVAGINAL, REFIERE ADEUCADO CONTROL DE DOLOR, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES. REFIERE CEFALEA, DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD, REFIERE QUE PRESENTA NAUSEAS Y EPIGASTRALGIA DURANTE EPISODIO DE CEFALEA, REFIERE LEVES MOLESTIAS URINARIAS, REFIERE SECRECION VAGINAL, BLANCA, NO MAL OLO, REFIERE COMEZON INTERMITENTE. PACIENTE REFIERE APARICION DE MANCHAS A NIVEL DE REGION FACIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA	L219	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	09:35	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

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
2026-01-21	09:35	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

