

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PAZMIÑO          | FALCONI          | KARLA ANDREINA | 04                  | 11  | 1999 | 26 años, 7 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        | 1350612378        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | CDLA VICENCIANA y VIA AL TAMBO | 097-932-6756 /      |
| 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                 | 1350612378                               | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA |                           |  | 13D12 / ZONA 4 |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                                                    |                                                      |                           |  | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                                                    | Consulta externa                                     | Ginecología y Obstetricia |  | 2026           | 07  | 01  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                                                    | Servicio                                             | Especialidad              |  | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DURANTE LA CONSULTA MANIFIESTA DE FORMA LIBRE, VOLUNTARIA E INFORMADA SU DECISIÓN DE NO DESEAR FUTUROS EMBARAZOS, SOLICITANDO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO MEDIANTE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA. LA PACIENTE HA RECIBIDO CONSEJERÍA SOBRE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES, INCLUYENDO MÉTODOS TEMPORALES Y DE LARGA DURACIÓN, ASÍ COMO SOBRE EL CARÁCTER PERMANENTE DEL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN. REFIERE COMPRENDER LOS BENEFICIOS, RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y LA DIFICULTAD DE REVERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO. CONSIDERANDO SU ANTECEDENTE DE CUATRO GESTACIONES, PARIDAD SATIS FECHA, AUSENCIA DE DESEO GENÉSICO FUTURO Y DECISIÓN AUTÓNOMA DE LA PACIENTE, SE CONSIDERA CANDIDATA PARA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, POR LO QUE SE JUSTIFICA SU VALORACIÓN Y PROGRAMACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO.TELEFONO 0988806922 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|      |
|------|
| .... |
|------|

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| ESTERILIZACION | Z302   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-01 | 11:16 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |

## 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 |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-01 | 11:16 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |

