

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	NATHALY MONSERRATE	20	04	1997	29 años, 2 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	1351045974	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE 318 AV 213 y	097-893-9325 /
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	1351045974	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	17
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SU PRIMER CONTROL POSPARTO, CON PUERPERIO FISIOLÓGICO DE 1 MES Y 23 DÍAS DE EVOLUCIÓN. REFIERE ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO. NIEGA SANGRADO TRANSVAGINAL, FIEBRE, DOLOR PÉLVICO, LOQUIOS FÉTIDOS O CUALQUIER OTRA SINTOMATOLOGÍA. SOLICITA INICIO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, LUEGO DE CONSEJERÍA INTEGRAL ELIGE MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE. ADEMÁS, MANIFIESTA ENCONTRARSE SATISFECHA CON LA PARIDAD ALCANZADA, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA VALORACIÓN Y POSIBLE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA DEFINITIVA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA. TELEFONO 0978939325//0969948912

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORAICON POR GINEOLOGICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	10:12	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

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
2026-07-17	10:12	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

