

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	ZAMBRANO	JOHANNA PATRICIA	07	06	1982	43 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1721507778	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA CANUTO y	095-872-6751 /
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	1721507778	SANTA RITA	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	07	07
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 DE 43 AÑOS, ACUDE A CONSULTA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ESTERILIZACION). ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 4 PARTOS: 3 CESAREAS: 0 ABORTOS: 1. PIG: 26/01/2011 IVS: 18 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 14/06/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: PASTILLAS. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE PASTILLAS DURANTE 14 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE DESEO SALPINGECTOMIA BILATERAL, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESEO DE SALPINGECTOMIA BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-07	15:56	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-07-07	15:56	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	