

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MESIA	GEMA VIVIANA	13	10	1993	31 años, 1 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1726379991	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO RIO GRANDE y SITIO RIO GRANDE	099-380-4954 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area	
MSP	1726379991	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	12	02
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 clínico

PACIENTE DE 31 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: G4P2C2A0. PRIMER EMBARAZO A LOS 16 AÑOS. LIGADURA REALIZADA HACE 6 AÑOS QUIEN TOMÓ LA DECISIÓN FUE LA MAMÁ SIN EL CONSENTIMIENTO. MENCIONA QUE MANTIENE SU RELACIÓN ESTABLE CON SU ESPOSO POR LO QUE SOLICITA RE-CANALIZACIÓN DE TROMPAS, SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE SOLICITA RECANALIZACIÓN DE TROMPAS SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRA ATENCION ESPECIFICADA PARA LA PROCREACION		Z318		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-02	12:32	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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