

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JARAMILLO	GUEVARA	CRUZ MARIA	16	04	1984	41 años, 4 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1803535887	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BY PASS y	098-897-9707 /
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	1803535887	SAN ANTONIO	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	09	10
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

☐

ESTERILIZACION

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA REFERENCIA PARA ESTERILIZACIÓN. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 8 PARTOS: 5 CESAREAS: 1 ABORTOS: 2. IVS: 14 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 27/08/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO, REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO, DURANTE 10 AÑOS Y IMPLANTE SUBDERMICO DE 3 AÑOS DURANTE 6 MESES. PACIENTE CON DESEO DE ESTERILIZACIÓN. SE RESPETA DECISIÓN DE PACIENTE. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0988979707

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	14:55	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-09-10	14:55	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

