

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AILER	MONTES	DARLIS DACLIS	18	01	1996	30 años, 4 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	25857122	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	097-967-2423 /
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	DADAIM99199601189	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		2026	05	20
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 FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA ACUDE PARA PLANIFICACION FAMILIAR , MENCIONA QUE HACE 7 AÑOS SE LIGO PERO SOLICITA RECANALIZACION DE TROMPAS YA QUE DESEA QUEDAR EMBARAZADA NUEVAMENTE. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA REACTIVA COLABORADORA AL INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESEO DE EMBARAZO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUBOPLASTIA O VASOPLASTIA POSTERIOR A ESTERILIZACION	Z310		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	09:47	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-05-20	09:47	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	