

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GONZALEZ	FRANCO	MARIO FREDDY	16	05	1997	28 años, 2 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311990681	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE 7 DE AGOSTO y MALECOM	098-049-9462 /
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	1311990681	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2025	08	05	
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

REFIERE ANTECEDENTE DE LAB 1/8/2025: HB 16.9, HTCT 50.7, PLAQ 275,M GLUCOSA 91.3, CR 0,72, COL 203,2, HDL 46.3, TGL 321.5, TGO 163.4, TGP 275.4, UROANALISIS NO PATOLOGICO REFIEREQUE TIENE ANTECEDENTE DE ALOJAMIENTO DE BALA EN COSTILLA IZQUIERDA DESDE HACE 3 AÑOS, REFEIERE UE TIENE DOLOR EN AREA COSTAL QUE APARECE DE FORMA ESPORADICA, NO REFIERE AUTOMEDICARSE NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NO ALERGIAS, ANTECEDENTES FAMILIARES PADRE FALLECIDO DESCONOCE CAUSA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CUERPO EXTRAÑO DEJADO ACCIDENTALMENTE EN CAVIDAD CORPORAL O EN HERIDA OPERATORIA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO	T815		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	13:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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