

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ANDRADE	VALENTINA LILIBETH	18	09	1993	31 años, 11 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312807124	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 de Octubre	096-0114511
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	1312807124	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	09	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

PACIENTE DE 31 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 0 CESAREAS: 1 ABORTOS: 0. PIG: 28/07/2017 MENARQUIA: 15 AÑOS, FUM: 18/08/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: IMPLANTE SUBDERMICO DE 5 AÑOS. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE IMPLANTE DURANTE 3 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE PRESENTAR DOLOR INTENSO EN EL BRAZO IZQUIERDO EN DONDE TIENE COLOCADO EL ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO, AL MOMENTO SE PALPA LA ZONA Y NO SE LOGRA SENTIR DISPOSITIVO, PACIENTE ACUDE CON RX EN LA QUE SE VISUALIZA POSICION DE IMPLANTE PROFUNDA (EN ZONA MUSCULAR) POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AL HOSPITAL PARA CIRUGIA MENOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX EN LA QUE SE VISUALIZA POSICION DE IMPLANTE PROFUNDA (EN ZONA MUSCULAR)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS DE DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS ORTOPEDICOS INTERNOS	T849		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-05	15:36	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 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
2025-09-05	15:36	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

