

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	SOLORZANO	SONIA SELENE	12	02	2003	22 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313622167	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO BEJUCO VIA HACHA y	096-404-4234 / (05)-269-5106
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	1313622167	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4				
Refiere o Deriva a:				Fecha				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	12
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 22 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA, APF MADRE HTA Y DM, APQ: QUISTE MAMARIO Y CESAREA HACE 3 AÑOS. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE TOS CON EXPECTORACION DE HACE 1 MES DE EVOLUCION. REFIERE HABER PASADO POR CUADRO CLINICO RESPEIRATORIO, SE EDUCA A PACIENTE SOBRE FISIOPATOLOGIA DE LA TOS Y SE ENVIA MEDICACION. ADEMAS REFIERE USO DE T DE COBRE COMO METODO ALTICONCEPTIVO DESDE HACE 1 AÑO EL CUAL LE CAUSA MUCHAS MOLESTIAS, ENTRE ELLAS SANGRADO ABUNTANTE DURANTE MENSTRUACIONES, MOLESTIAS DURANTE RELACIONES SEXUALES, COLICOS DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA. PACIENTE DESEA EXTRACCION DE T DE COBRE. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION MECANICA DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO	T833	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	08:14	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-01-12	08:14	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

