

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	ARAUZ	ADRIANA SHIRLEY	17	04	2000	25 años, 10 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313917146	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA CHONE SAN ANTONIO y VIA CHONE SAN ANTONIO	098-523-6611 /
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	1313917146	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG	2026	02	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	PARIDAD SATISFECHA, DESEO DE ANTICONCEPCION DEFINITIVA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS ACUDE POR RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO DE 3 AÑOS (ETONORGESTREL 68 MG COLOCADO EL 14/02/2023) AGO G:2 P:2 C:0 A: 0 ,MENCIONA DESEO DE PLANTIFICACION FAMILIAR CON ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS, SE PROCEDE A RETIRO DE IMPLANTE, PACIENTE AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. PACIENTE MENCIONA PARIDAD SATISFECHA CON DESEOS DE ANTICONCEPCION QUIRURGICA DEFINITIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF ---0985236611

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	10:24	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-02-18	10:24	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

