

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	GARCIA	SONIA MELINA	03	09	1999	25 años, 4 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314709005	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS NARANJOS y	099-196-8240 / (05)-258-5229
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	1314709005	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01	09
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

ACUDE POR REFERIR DOLOR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD EN BRAZO IZQUIERDO A NIVEL DE SITIO DE INSERCIÓN DE IMPLANTE SUBDERMICO HACE 2 AÑOS 4 MESES, DE TIPO PUNZANTE - CORRENTAZO, MAS PARESTESIAS, ADEMÁS DE DOLOR PELVICO TIPO COLICO DE MODERADA INTENSIDAD, SIN MENTRUCION DESDE LA COLOCACION DEL MISMO, MAREOS CEFALIAS HOLOCRANEANAS, SOLICITA RETIRO DE IMPLANTE PERO AL HACER LA VALORACION NOS PERCATAMOS DE SU MAL COLOCAION, (PROFUNDA) MAS DOLOR A LA MANIPULACION, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA RETIRO EN CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX ANTEROPOSTERIOR DE BRAZO IZQUIERDO: SE OBSERVA IMPLANTE RECTILINEO EN PARTE PROFUNDA DE LA PIEL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION NO ESPECIFICADA DE DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO INTERNO	T859		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	11:51	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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