

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VELEZ	JENIFFER DELLANIRA	08	12	1999	25 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314799006	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	099-954-3010 / (00)-000-0000
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	1314799006	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	10	24
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 18 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 1 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. (PIG: 7/2018). IVS: 18 AÑOS, MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM: 15/10/2025. ÚLTIMO PAP TEST: 1 VEZ HACE 1 AÑO. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NO UTILIZA. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA Y NO SE EVIDENCIA FACTOR DE RIESGO. REFIERE DESEO DE UTILIZAR ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MENSUAL, SE RESPETA DECISIÓN Y SE EDUCA SOBRE FORMA DE USO, POSIBLES EFECTOS ADVERSOS Y EFICACIA DE MÉTODO ELEGIDO. SE PRESCRIBE ANTICONCEPTIVO Y SE ENTREGA CARNET CEMA. SEGUIMIENTO SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE CON RX DONDE SE EVIDENCIA RESTOS DE IMPLANTE RETIRADO EN 2024, SE ENVÍA A CIRUGÍA GENERAL PARA EXTRACCIÓN GUIADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASISTENCIA Y AJUSTE DE OTROS DISPOSITIVOS IMPLANTADOS	Z458		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-24	12:25	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-10-24	12:25	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

