

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	DELGADO	NAYELY DALESKA	25	10	2003	20 años, 11 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315512804	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RAMOS Y DUARTE y	098-557-7830 /
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	1315512804	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	2024	10	03
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

☐

FRACASO DE RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD CON APP DE IMPLANTE SUBDERMICO DE CINCO AÑOS QUE VENCIO EL CINCO MESES, Y SE RETIRO UNO Y EL OTRO ESTA EN PLANO PROFUNDO MUSCULAR POR LO QUE SE RECOMIENDA SU RETIRO POR ECO DIRIGIDA. EN BRAZO IZQUIERDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISIÓN DEL USO DE DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVO, RETIRO DE IMPLANTE, IMPLANTE SUBDÉRMICO	Z3053		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-03	12:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	

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
2024-10-03	12:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	