

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MACIAS           | CEVALLOS         | JOHANNA JANETH | 18                  | 02  | 1996 | 30 años, 3 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316087780        | MANABI              | CHONE  | RICAUORTE | EDWIN GARCIA y 10 DE AGOSTO  | 099-732-0026 /       |
| 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                 | 1316087780      | RICAUORTE                | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                 | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|-----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cirugía General | 2026  | 06  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad    | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA RETIRO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONORGESTREL COLOCADO EL 29 DE DICIEMBRE DE 2024 EN BRAZO DERECHO. AL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO, SE REALIZA INCISIÓN DE 1 CM PERPENDICULAR AL EJE DEL BRAZO Y DISECCIÓN POR PLANOS TISULARES EN LA ZONA HABITUAL DE COLOCACIÓN (SURCO BICIPITAL MEDIAL) Y ÁREAS PROXIMALES PERMITIDAS, SIN LOGRAR LOCALIZAR EL DISPOSITIVO. TRAS EXPLORACIÓN CUIDADOSA, SE PALPA UNA ESTRUCTURA COMPATIBLE CON EL IMPLANTE EN PROFUNDIDAD DENTRO DEL SURCO BICIPITAL; EL BRAZO PRESENTA ABUNDANTE TEJIDO ADIPOSITO, SUGIRIENDO QUE EL DISPOSITIVO FUE INSERTADO MÁS PROFUNDO DE LO RECOMENDADO DESDE SU COLOCACIÓN INICIAL. DEBIDO A LA IMPOSIBILIDAD DE EXTRAERLO DE FORMA SEGURA EN PRIMER NIVEL Y EL RIESGO DE LESIONAR ESTRUCTURAS VASCULONERVIOSAS ADYACENTES, SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA LOCALIZACIÓN MEDIANTE ULTRASONIDO Y EXTRACCIÓN GUIADA POR PERSONAL ESPECIALIZADO. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-05 | 14:10 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

## 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 clínico

### 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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-05 | 14:10 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

