

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO													
MSP	1343	CENTRO SALUD SAN ELOY	A	1316423217	1316423217													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)											
RODRIGUEZ	CAGUA	CINDY	ARACELY	M	2/20/2001	25	H	D	M	A								
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐																
0993128034	NO	MOTIVO																
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.																
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.															
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.															
		4. Equipos en mal estado.																
		5. Problemas de infraestructura.																
		6. Problemas de abastecimiento.																
		7. Insuficiencia de profesionales.																
		8. Inadecuada capacidad resolutoria																
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 25 AÑOS APP: OBESIDAD, APF: TIOS DIABETES HIPERTESNION;
APQX. CESAREA HACE 7 AÑOS, MENARQUIA : 12 AÑOS ACUDE POR RETIRO DE IMPLANTE
QUE NO SE PALPA AL EXAMEN FISICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS POR IMPLANTE DONDE REPORTA EN BRAZO IZQUIERDO IMAGEN LINEAL ECOGÉNICA EN EL TEJIDO
ADIPOSO SUBCUTANEO A +6.5 MM DE PROFUNDIDAD SIN PRESENCIA DE HEMATOMAS NI GRANULOMAS NI ESTRUCTURAS NERVIOSAS CERCANAS,

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISIÓN DEL USO DE DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVO, RETIRO DE IMPLANTE, IMPLANTE SUBDÉRMICO		Z3053		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/6/2026	10:00	ELVA	TEJENA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311746802				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	