

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1317756755							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
JIMENEZ	PARDO		JENIFER		ANAIS	F	29/4/2003	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0-994823668					☒	☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
					3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒			
					4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒			
					5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO FEMENINO DE 22 AÑOS EDAD. APP G2 P2 C0 A0 . ACUDE CON REFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE FLAVIO ALFARO PARA RETIRAR DISPOSITIVOS SUBDÉRMICO IMPLANTE BRAZO IZQUIERDO. YA CUMPLIO SU VIDA UTIL. REFIERE MEDICO QUE NO PUEDE EXTRAER DISPOSITIVO DEBIDO A LA PROFUNDIDAD EN LA QUE ESTE SE ENCUENTRA POR LA CERCANIA AL PAQUETE VASCULO NERVIOSO BRAQUIAL IZQUIERDO. EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA PULMONES CLAROS VENTILADOS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ITO NO DISPONEMOS DE MEDICO CIRUJANO NI ANESTESÍOLOGO. MOTIVO POR EL CUAL SE BUSCA OTRA CASA DE SALUD PARA RETIRAR EL DI

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF						
1.	COMPLICACION MECANICA DE OTROS DISPOSITIVOS	T856		☒	4.					
2.	PROTESICOS , IMPLANTES E INJERTOS INTERNOS				5.					
3.	ESPECÍFICADOS				6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03/05/2026	10:00	ROMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312022369		DR ROMULO MUÑOZ		

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						
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