



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	001414	Pavon	CS-A	1308518792							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Barre	Veliz	Rosa	Herodita	M	20-05-1961	64	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0992343216		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130356	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	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE PERSONAL PATOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON CARDIOL 50 MG- ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE APENDICECTOMÍA Y PRESENCIA DE LIPOMA EN ABDOMEN. NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE RELEVANCIA Y ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. ACUDE A CONSULTA POR DIAGNÓSTICO PREVIO DE DISPLASIA DE CUELLO UTERINO NO ESPECIFICADA. LA PACIENTE REFIERE CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE SANGRADO VAGINAL ANORMAL- LOS CUALES FUERON DOCUMENTADOS EN CONTROLES REALIZADOS AÑOS ATRÁS- SIN QUE SE HAYA DADO CONTINUIDAD A SEGUIMIENTO MÉDICO ADECUADO. ASOCIA DOLOR RECURRENTE EN REGIÓN HIPOGÁSTRICA- DE CARACTERÍSTICAS INTERMITENTES- SIN IRRADIACIÓN- DE INTENSIDAD VARIABLE- QUE HA PERSISTIDO EN EL TIEMPO. REFIERE HABER REALIZADO SEGUIMIENTOS POSTERIORES EN SOLCA- DONDE SE LE PRACTICARON MÚLTIPLES ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS- ENTRE ELLOS CITOLOGÍA CERVICOUTERINA (PAPANICOLAOU)- CON RESULTADO POSITIVO PARA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO SUBTIPO 16 Y OTROS SUBTIPOS DE ALTO RIESGO ONCÓGENICO. POSTERIOR A DICHO HALLAZGO- SE COMPLETÓ ESTUDIO DIAGNÓSTICO MEDIANTE COLPOSCOPIA- BIOPSIA CERVICAL Y LEGRADO- CONFIRMANDO EL DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA CERVICAL. AL MOMENTO DE LA CONSULTA- LA PACIENTE CONTINÚA PRESENTANDO SÍNTOMAS RECURRENTES- PRINCIPALMENTE DOLOR EN BAJO ABDOMEN- SIN REFERIR FIEBRE- SECRECIÓN VAGINAL FÉTIDA- PÉRDIDA DE PESO NO INTENCIONAL NI OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS. ACUDE PARA VALORACIÓN MÉDICA- CONTROL EVOLUTIVO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PATOLOGIA: BIOPSIA DE LESION EN CUELLO UTERINO: -CARCINOMA ESCAMOCELULAR POBREMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTECITOLOGIA: ASCUS CEL. ATIPICAS SIGNIF. INDETERMINADO 37A9

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Displasia Cervical Moderada	N871		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-09	02:45	Jose	Rivera	Lino
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313828921				

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	