

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINCAY	ZORRILLA	JUANA BEATRIZ	24	06	1980	45 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0919992693	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y RIO VISTA	097-967-9324 /
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	0919992693	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	08	06
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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 45 AÑOS DE EDAD, APP: VPH. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE LEUCORREA + DIS PAREUNIA Y SANGRADO MIENTRAS MANTIENE RELACIONES SEXUALES. PACIENTE QUE ACUDE CON EXAMENES DE PAPANICOLAOUS. REESULTADO NIC II LICE DE ALTO GRADO, VPH 35 - 42, SE DETECTA SUBTIPO DE ALTO RIESGO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: CITOLOGIA: 28/04/2025: NIC II LIE DE ALTO GRADO, CIELLO HIPERTROFICO + LACERADO + SANGRADO ABUNDANTE. GENOTIPO VPH 23/04/2025: DETECTADO S UBTIPO 35-42. BIOPSIA: 15/05/2025: NEOPLASIA ESCAOSA (EXOCERVICAL) INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (METAPLASIA SEVERA NIC III), ENDOCERVICITIS CRÓNICA ACTIVA SEVERA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPLASIA CERVICAL SEVERA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	N872		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	08:10	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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