

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLORES	SUAREZ	SILVIA YAZMIN	27	12	1994	30 años, 11 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1205537135	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PLAYITA y	099-076-6654 /
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	1205537135	SAN ANTONIO	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	12	03
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 ☐

INFLAMACION EN CITOLOGIA VAGINAL , HISTORIAL DE VIRUS PAPILOMA DE ALTO RIESGO SUBTIPO 52

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS CON SIN ANTECEDENTES DE RELEVANCIA ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE DOLOR EN REGION ABDOMINAL BAJA TIPO HINCONES Y COLICOS, MENCIONA DOLOR DE LARGA DATA (UN AÑO APROXIMADAMENTE) TRAE RESULTADOS DE CITOLOGIA VAGINAL DE HACE UN AÑO CON RESULTADOS DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO SUBTIPO 52 CATEGORIZADO DE ALTO RIESGO, MENCIONA COLOCAR VACUNAS POSTERIOR A RESULTADO Y MENCIONA TRATAMIENTO DE CONIZACION HACE UN AÑO, TRAE UN RESULTA DEL 06 DE OCTUBRE DE ULTIMA CITOLOGIA VAGINAL CON RESULTADOS DE INFLAMACION MAS FLUJO, MENCIONA DOLORES INTENSOS A PESAR DE TRATAMIENTOS, MENSTRUACIONES ANORMALES. SOLICITA REVISION GINECOLOGICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AFECCIONES NO ESPECIFICADAS ASOCIADAS CON LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y EL CICLO MENSTRUAL	N949		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-03	08:23	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-12-03	08:23	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	