

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                                   | 1246              | CS. TOSAGUA                      | C              | 1300628946                       | 1300628946                                              |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              | ZAMBRANO          | CARMEN                           | EMPERATRIZ     | F                                | 24/07/1947                                              | 78   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                       | X              | DERIVACIÓN                       |                                                         |      |                         |   |   |   |
| 0997292012 / 0969204842               |                   |                                  |                | MOTIVO                           |                                                         |      |                         |   |   |   |
| /                                     |                   | 1. Accesibilidad geográfica.     |                |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   | 2. Falta de espacio físico.      |                |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   | 3. Falta de equipamiento.        |                |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      | X                       |   |   |   |
|                                       |                   | 4. Equipos en mal estado.        |                |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   | 5. Problemas de infraestructura. |                |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                        |                |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                          |                |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                 |                  |              |
|-------------------------|---------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD        | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL "NAPOLEON DAVILA CHONE | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGÍA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR FEMENINA DE 78 AÑOS QUIEN ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES POR QUE LE ENVIARON DE SOLCA MANABI.- CON RESULTADO DE BIOPSIA DE LESIÓN COLOR MARRÓN DURA REDONDEADA DE 7mm DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE EN LABIO VULVAR IZQUIERDO CON RESULTADO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (DISPLASIA MODERADA VIN2.) Y SUGIEREN REALIZAR PCR EN BLOQUE DE PARAFINA...

AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES... LLEVA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGIA.

SIN OTROS DATOS PERTINENTES SE REALIZA REFERENCIA SOLICITADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

BIOPSIA DE LESIÓN COLOR MARRÓN DURA REDONDEADA DE 7mm DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE EN LABIO VULVAR IZQUIERDO CON RESULTADO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (DISPLASIA MODERADA VIN2.) Y SUGIEREN REALIZAR PCR EN BLOQUE DE PARAFINA...

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

|                           |        |            |            |   |        |     |     |
|---------------------------|--------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
|                           | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
| DISPLASIA VULVAR MODERADA | N901   |            | X          | 4 |        |     |     |
|                           |        |            |            | 5 |        |     |     |
|                           |        |            |            | 6 |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                                                                                    |                                                                                                       |                          |                  |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)                                                                       | PRIMER NOMBRE                                                                                         | PRIMER APELLIDO          | SEGUNDO APELLIDO |
| 09/04/2026                            | 4:00:00 p. m.                                                                      | LUIS ABEL                                                                                             | MARTINEZ                 | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |  | FIRMA<br>Firmado electrónicamente por:<br>LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO<br>Validar únicamente con FirmaEC | SELLO<br>MEDICO FAMILIAR |                  |
| 1803403326                            |                                                                                    |                                                                                                       |                          |                  |

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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |