

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	ZAMBRANO	JUANA DEL JESUS	24	06	1963	61 años, 8 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304878018	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CALLE QUITO y JUAN MONTALVO	098-607-9153 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1304878018	RICAURTE	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	03	21
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

ADULTA MADURA QUE ACUDE POR PRESENTAR RESULTADO DE PAPANICOLAU. AGO. MENARQUIA 12 AÑOS , MENOPAUSIA 48 AÑOS , FUP: 1988/08/14, E: 5 A:0 P:5 C:0. VIDA SEXUAL ACTIVA NO REFIERE SANGRADO TRANS VAGINAL NI SECRECIONES . PRESENCIA DE PAPNICOLAU CON RESULADOS DE ASC-US
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CITOLOGIA: FROTIS CITOLOGICO EN EL QUE SE OBSERVA CELULAS ESCAMOSSAS ATIPICAS CON NUCLEOS AUMENTADO DE LA RELACION NUCLEO CITOPLASMA HIPERCROMASIA NUCLEAR E IRREGULARIDAD DE LA DISTRIBUCION CROMATICA. CELULAS ESCAMOSSAS ATIPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO ASC-US, FROTIS INFLAMATORIO SEVERO
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPLASIA DEL CUELLO DEL UTERO, NO ESPECIFICADA	N879		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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 clínico

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
2025-03-21	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	