

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              | C. S TOSAGUA             |               | TIPO C    | 1305374298                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |       |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDA D | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VASQUEZ                               |         | VITE              |                          | RAMONA        |           | MARIA                            |  | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 04/08/1959       | 66    | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |       |                         |   |   |   |
| 968183801                             |         | CAMPESINO         |                          | X             |           |                                  |  | <div><div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div></div><div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutiva</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div></div></div> |                  |       |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |       |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA         |                          |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |       |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA | LOS AMARILLOS     |                          |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |       |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR REVISIÓN DE PAPANICOLAU QUE SE REALIZO EL 2/06/2025 CON RESULTADOS: CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS, CAMBIOS POR INFLAMACION SEVERA. RECOMIENDA COLOSCOSCOPIA. A EL MOMENTO REFIERE DOLOR PELVICO, SECRESION VAGINAL. MENOPAUSICA HACE 20 AÑOS, APP: HTA TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 50 MG. AGO: G09, P09. ESTERILIZADA. DICE QUE LE ENVIARON A REALIZAR COLPOSCOPIA PERO NO TIENE DINERO PARA REALIZARSE PARTICULAR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

CITOLOGIA: MUESTRA ADECUADA CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS DE SIGNIFICADO INTERMEDIO, CAMBIOS INFLAMACION SEVERA, CELULAS ENDOCERVICALES Y ATIPICAS ESCAMOSAS, VALORACION GINECOLOGIA Y COLPOSCOPIA.

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                                              |                 |      |     |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO |                                                              | DEF= DEFINITIVO |      | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | HALLAZGOS CITOLOGICOS ANORMALES, FROTIS ANORMAL DE PAPANICOL |                 | R876 |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.              |                                                              |                 |      |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                                                              |                 |      |     |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                    |              |               |  |                 |  |                  |  |
|--------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 04/08/2025         | 15:00        | KATTY         |  | CEDEÑO          |  | RODRIGUEZ        |  |
| 6                  |              | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1206699983         |              |               |  |                 |  |                  |  |

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 CLINICO

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |