

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRIONES	ALCIVAR	PASCUALA BIENVENIDA	17	06	1971	54 años, 3 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307460913	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y CALLEJON 8 DE NOVIEMBRE	099-197-0667 /
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	1307460913	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	09	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DOLOR EN REGION PELVICA Y FALNCO IZQUIERDO CON ECOGRAFIA ABDOMINOPELVICA NORMAL, CON UN ESTUDIO DE PAP DE CELULAS ESCAMOSAS PARA LO CUAL REQUIERE ESTUDIO DE BIOPSIA, MENOPUSIA A LOS 50 AÑOS, REFIERE A VECES LEUCORREA CON HILOS DE SANGRE, PACIENTE CON ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO ECOGENICIDAD HOMOGENEA, ENDOMETRIO MIDE 7MM, DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, OVARIO DERECHO MORFOLOGIA CONSERVADA, OVARIO IZQUIERDO MORFOLOGIA CONSEVRADA SACO DE DOUGLAS LIBRE CITOLOGIA: ASCUS (CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS) , ASPECTO INFLAMATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B977	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-24	10:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

