

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BARBERAN         | QUIROZ           | JUANA MARGARITA | 01                  | 07  | 1974 | 51 años, 4 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307701589        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | EL LIMON y                   | 098-597-4342 / (09)-921-5101 |
| 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                 | 1307701589      | RICAUARTE                | 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  | 11  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD CON APP: GASTRITIS ALERGIAS: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQ: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA A GINECOLOGIA POR CA EXOCERVIX DESDE SOLCA. ACUDE CON BIOPSIA DE EXOCERVIX QUE REPORTA ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO UL CERADO INFILTRANTE SIN OTRA ESPECIFICACION. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, NARIZ PERMEABLE, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPA CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. REFERENCIA A GINECOLOGIA 6. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD CON APP: GASTRITIS ALERGIAS: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQ: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA A GINECOLOGIA POR CA EXOCERVIX DESDE SOLCA. ACUDE CON BIOPSIA DE EXOCERVIX QUE REPORTA ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO ULCERADO INFILTRANTE SIN OTRA ESPECIFICACION. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, NARIZ PERMEABLE, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPA CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMATÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TÍMPANICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. REFERENCIA A GINECOLOGIA 6. CONTROL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX | C531   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-18 | 14:45 | Medicina Rural | ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA | 1311453029 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-18 | 14:45 | Medicina Rural | ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA | 1311453029 |       |