

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                                   | 4443             | C.S. ROCAFUERTE              | B              | 1307774537                                              | 1307774537        |      |                         |    |   |    |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |    |   |    |   |
| LUCAS                                 | CEDEÑO           | MARIA                        | TERESA         | F                                                       | 24/05/1976        | 48   | H                       | D  | M | A  |   |
|                                       |                  |                              |                |                                                         |                   |      |                         | 23 | 6 | 48 |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA            |                | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN        |      |                         |    |   |    |   |
| 969882408- 0991611118                 |                  | MSP                          |                |                                                         | MOTIVO            |      |                         |    |   |    |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                |                                                         |                   |      |                         |    |   |    |   |
|                                       |                  | 2. Falta de espacio físico.  |                |                                                         |                   |      |                         |    |   |    |   |
| PROVINCIA                             |                  | CANTÓN                       | PARROQUIA      | 3. Falta de equipamiento.                               |                   |      |                         |    |   |    |   |
| MANABI                                |                  | ROCAFUERTE                   | ROCAFUERTE     | 4. Equipos en mal estado.                               |                   |      |                         |    |   |    |   |
|                                       |                  |                              |                | 5. Problemas de infraestructura.                        |                   |      |                         |    |   |    |   |
|                                       |                  |                              |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |    |   |    |   |
|                                       |                  |                              |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |    |   |    |   |
|                                       |                  |                              |                | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                   |      |                         |    |   |    | X |
|                                       |                  |                              |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |    |   |    |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL npoleon davila  | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

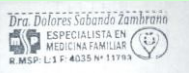
Adulta media de 49 años de edad sin APP aparentes, acude a la consulta por presentar resultados de PAPATEST 6-12-2024: Muestra cervix uterino deformado, ulcerado y muy vascularizado que sangra con facilidad. refiere sangrados transvaginales irregulares que se presentan por dos días se suspenden y vuelven a presentarse, leucorrea blanca con grumos, prurito vaginal, intenso ardor que se intensifica al acto sexual. niega mal olor, dolor pélvico. Al momento alerta, estable. Al examen físico: Cabeza normal, cuello normal sin adenopatías, tórax normal, CsPs claros, RsCs rítmicos, mamas normales, abdomen blando y depresible, genitales spa. extremidades normales.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

|                                           |      |     |     |    |     |     |     |
|-------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO        | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. TUMOR BENIGNO DEL CUELLO DEL UTERO     | D260 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2. CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA | B373 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.                                        |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                                                                                     |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                     | SEGUNDO APELLIDO |
| 17/12/2024                            | 10:00           | DOLORES       | SABANDO                                                                             | ZAMBRANO         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO                                                                               |                  |
| 1310096639                            |                 |               |  |                  |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |