

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	PINCAY	TERESA YESENIA	15	10	1975	50 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308015443	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	KM 1 VIA CHONE y	099-156-8892 /
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	1308015443	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	17
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 DE 50 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE CA DE CUELLO UTERINO EN ETAPA DE REMISIÓN, ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN HIPOGASTRIO, ACOMPAÑADO DE DISURIA Y TENESMO VESICAL, AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, BUEN APETITO, NO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NI DIGESTIVOS, SIN ALTERACIONES APARENTES. PACIENTE EN CONTROLES ANUALES REQUIERE REFERENCIA PARA CONTROLES TOMOGRAFICOS Y ECOGRAFICOS. TELEFONO 0991568892.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REQUIERE EXAMENES DE CONTROL***
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	D069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-17	10:37	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

