

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CEDEÑO           | RODRIGUEZ        | ANGELA MARICELA | 01                  | 08  | 1977 | 48 años, 8 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308840022        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SD y                         | 096-338-7525 /      |
| 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                 | 1308840022      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                          |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología - Brigada Médica externa ONG |  | 2026  | 04  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                             |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: CESAREA (16 AÑOS), ALERGIAS; NO REIFERE, PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION. LA PACIENTE REFIERE LA PRESENCIA DE DOLORES INTENSOS Y MENSTRUACCION IRREGULAR, SE REALIZO PAPANICOLAU EL 19-04-2026 QUE REPORTA ESTUDIO CITOLOGICO INFLAMACION MODERADA, GERMEN GARDNERELLA CODIGO GRDN, GERMEN HPV CODIGO HPV- RESULTADO PAP DX: NIC II LIE DE ALTO GRADO CODIGO 37B2. 0963387525 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|           |
|-----------|
| EN ESPERA |
|-----------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-09 | 14:57 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-09 | 14:57 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |