

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres                | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOOR             | FLECHER          | SEBASTIANA AUXILIADORA | 07                  | 03  | 1983 | 43 años, 0 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        | 1310948532        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL BEJUCO y EL BEJUCO HACHA  | 096-369-2440 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1310948532      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 03  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad  
resolutiva

☐

Saturación capacidad  
instalada

☐

Ausencia temporal del  
profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD APP: NIEGA APF: PADRE Y MADRE HTA AQX: COLECISTECTOMIA, CESAREA, LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPEO AA: NIEGA AGO: G5A2C1P2 FUM: 26/02/2026 PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ARDOR, DOLOR, NO ESCOSOR, POCO FLUJO SIN MAL OLOR, TRANSPARENTE EN ZONA VAGINAL. ADEMAS ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIOS YA REPORTADOS EN DONDE MENCIONAN DISPLACIA LIGERA / NIC I Y VPH SUBTIPO 52 DE ALTO RIESGO. PACIENTE MENCIONA UE HA LLEVADO CONTROLES CON MEDICO PARTICULAR EN DONDE LE HA DADO TRATAMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ELECTIVO. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALA, NO ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO CSPS VENTILADOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMA. NO SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: BIOPSIA DE CERVIX, COLPOSCOPICAS DE EXOCERVIX / DIMINUTO FRAGMENTO DE EPITELIO EXOCERVICAL QUE MUESTRA LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO. (DISPLACIA LIGERA / NIC I) PATOLOGIA: GENOTIPO VPH: SUBTIPO 52 / VPH ALTO RIESGO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------|--------|-----|-----|
| DISPLASIA CERVICAL LEVE | N870   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-09 | 11:18 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-09 | 11:18 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

