

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | OLMEDO           | RAMONA AUXILIADORA | 29                  | 11  | 1981 | 43 años, 2 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311120925        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | MANCHA VIEJA y               | 099-049-0351 /       |
| 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                 | 1311120925      | 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 |  | 2025  | 02  | 07  |
| 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 FEMENINO DE 43 A, AP: HTA (ENALAPRL 10 MG), DM (METFORMINA 500 MG) ACUDE CON RESULTADO DE PAPANICOLAU (20-05-24) EL CUAL REPORTA: LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO, CELULAS ESCAMOSAS CON NUCLEOS GRANDES IRREGULARES HIPERCROMASIA, SIN EMBARGO NO LLEVA CONTROL ALGUNO, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL. AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ALGUNA, NO SE PUEDE REALIZAR INSPECCION DIRECTA DE CERVIX, POR FALTA DE ESPECULO EN UNIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PAPANICOLAU (20-05-24) EL CUAL REPORTA: LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO, CELULAS ESCAMOSAS CON NUCLEOS GRANDES IRREGULARES HIPERCROMASIA,

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DISPLASIA CERVICAL SEVERA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | N872   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-02-07 | 19:17 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-02-07 | 19:17 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |