

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ROMERO	DIANA ISABEL	24	10	1988	36 años, 3 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311636615	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO POZONES y SITIO POZONES	098-028-8066 / (05)-235-3339
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	1311636615	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTO VIEJO	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	02	03

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 clínico

PCTE DE 36 AÑOS DE EDAD. G: 3 P2 A1. PF: SOLUNA DESDE HACE 6 AÑOS. APP: NO. AQX: APENDICE. FUM: 01 de febrero del 2025. REGULAR. REFIERE MOLESTIAS URINARIAS. CON PRESENCIA DE SECRECION BLANQUECINA. PAPTEST: LIE DE ALTO GRADO. NOVIEMBRE DEL 2024. COLPOSCOPIA DISPLASIA CERVICAL SEVERA. RESULATDO DE BIOLOGIA MOLECULAR GENOTIPO IDENTICADO 16. BIOPSIA LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PCTE NECESITA CONIZACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
DISPLASIA CERVICAL SEVERA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE				N872		X
				N879		
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2025-02-03	11:49	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340		

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☒

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área	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
2025-02-03	11:49	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340	