

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PITA	MENDOZA	ERIKA YAJAIRA	30	01	1985	41 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312193111	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVENIDA AMAZONAS y	096-376-5000 /
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	1312193111	SAN ANTONIO	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	07	06
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 40 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA DE EFERMEDADES CRONICAS , AGO G: G6 , P4, A2 C0. ACUDE POR REVISION DE EXAMENES, POR PRESENTAR CUADRO CLINICOS DE BOCHORNOS, SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA, PACIENTE ACUDE CON EXAMENES DE CITOLOGIA VAGINAL CON RESULTADOS EN APARTADO DE RESULTADO DE EXAMANES CON RESULTADOS POSITIVOS PARA VPH DE ALTO RIESGO PACIENTE CON CONIZACION UTERINA PREVIA, AL MOMENTO REFIERE ADEMAS IREEGULARIDADES EN PERIODO MENSTRUAL, SANGRADOS EXCESIVOS, DISMENORREA, DISPAREUNEA, DISURIA, AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL. MENCIONA EPISODIOS FRECUENTES DE ANSIEDAD, MENCIONA MAREOS FRECUENTES, TAMBIEN COMENTA QUE REALIZO RM POR ACCIDENTE EN MOTO, MENCIONA AMENORREA DE 1 AÑO DE EVOLUCION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE CITOLOGIA VAGINAL CON RESULTADOS EN APARTADO DE RESULTADO DE EXAMANES CON RESULTADOS POSITIVOS PARA VPH DE ALTO RIESGO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	10:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-06	10:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

