

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CEDEÑO	MARIA PAOLA	24	08	1999	25 años, 4 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313525998	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SN y	099-869-0949 /
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	1313525998	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	12	24	
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 25 AÑOS DE EDAD CON APP DE HPV YA TRATADO LA MISMA QUE SE ACERCA CON RESULTADO DE ECO TRANSVAGINAL REALIZADO EN SOLCA CON DX DE ENGROSAMIENTO DE ENDOCERVIX POR LO CUAL SE SUGIERE REALIZAR UNA HISTEROGRAFIA. ASINTOMATICA AL MOMENTO, SE DECIDE SU REFERENCIA PARA MEJOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SUGIERE HISTEROGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEUCOPLASIA DEL CUELLO DEL UTERO	N880	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-24	09:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2024-12-24	09:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	