

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELEZ            | FARIAS           | SELENA KARINA | 20                  | 04  | 1995 | 31 años, 2 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313609099        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO SAN PABLO y SN         | 098-757-2892 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.                          | Establecimiento de salud | Tipo                   |                           | Distrito/Area  |       |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | 1313609099                               | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B |                           | 13D07 / ZONA 4 |       |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                           |                |       |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                           |                | Fecha |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Ginecología y Obstetricia |                | 2026  | 07  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              |                | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS DE EDAD ACUDE PARA CONTROL POSTERIOR A CAUTERIZACION DE VERRUGAS GENITALES. NIEGA FLUJO VAGINAL. SE REALIZA EXPLORACION GINECOLOGICA YA NO SE OBSERVAN VERRUGAS GENITALES, ADECUADA CICATRIZACION. PACIENTE EN SEGUIMIENTO EN HOSPITAL BASICO SAN ANDRES CON GINECOLOGIA, POR AUSENCIA DE PROFESIONAL NO SE HA REALIZADO SUS CONTROLES, HAN REPROGRAMADO YA 3 VECES SU CITA MEDICA. SE REALIZA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL, SE SUGIERE COLPOSCOPIA. PACIENTE YA TIENE PAPANICOLAO REALIZADO EL 16 DE JUNIO DE 2026, PENDIENTE REVISION. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                    |
|--------------------|
| SE ENVIAN EXAMENES |
|--------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| VERRUGAS (VENEREAS) ANOGENITALES | A630   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-15 | 16:11 | Medicina Rural | GLADYS MARGARITA ROMERO SALAVARRIA | 1725575649 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-15 | 16:11 | Medicina Rural | GLADYS MARGARITA ROMERO SALAVARRIA | 1725575649 |       |