

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | VERA             | DALESKA NAHOMY | 06                  | 09  | 2008 | 16 años, 10 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317564738        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV SIXTO DURAN BALLEEN y     | 099-767-6634 /       |
| 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                 | 1317564738      | SANTA MARTHA             | 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  | 07  | 23  |
| 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

FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, APP: VPH. CURSA EL 8 VO DIA DE PUERPERIO MEDIATO, PARTO CESARIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DÁVILA CORDOVA CON 36 SEMANAS DE GESTACIÓN, DONDE SE OBTUVO PRODUCTO UNICO, VIVO, SEXO FEMENINO. AL MOMENTO PACIENTE DESPIERTA, CONSCIENTE, AFEBRIL, COLABORA CON EL INTERROGATORIO REFIERE DISCRETO DOLOR EN BAJO VIENTRE + SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO + PRESENCIA DE VERRUGAS GENITALES, PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA LESIONES EN PIEL DESDE QUE COMENZÓ EN EL EMBARAZO ESTAS LESIONES Y TODOS EN CASA PRESENTAN ESTAS LESIONES Y ESTE PRURITO EMPEORA EN LAS NOCHES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON VPH ANO GENITAL

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-23 | 10:01 | Medicina Rural | DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ | 1350190912 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-23 | 10:01 | Medicina Rural | DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ | 1350190912 |       |