

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

GINECOLOGIA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP	4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1724940299	1724940299				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN ED (MARCAR)		
PARRAGA	SOLORZANO	LILIANA	GABRIELA	F	18/09/1990	33	H	D	M
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN			
0997206027 – 0993632687		NO APORTA		X		MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	ROCAFUERT E	ROCAFUERTE				X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA 33 AÑOS , G2P0A0C2 HV: 2 FUM:8/7/2024 PLANIFICACION FAMILIAR : BARRERA ACUDE CON RESULTADOS DE PAPANICOLAOU REALIZADOS EN SOLCA EL 19/6/2024 QUE INDICAN :

INFLAMATORIO MODERADO

DIAGNOSTICO :AGUS CEL. GLANDULARES ATÍPICAS SIG.INDE. SE SOLICITA CITA CON COLPOSCOPIA Y BIOPSIA Y LEGRADO AGUS.

AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO YA QUE SE ENCUENTRA EN SU 3ER DIA DE MENSTRUACION

T/A: 114/75 FC: 103XMIN T: 36.9 SATOX: 99% PESO : 51.8 KG TALLA: 145CM

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

INFLAMATORIO MODERADO

DIAGNOSTICO :AGUS CEL. GLANDULARES ATÍPICAS SIGNIFICADO INDETERMINADO. SE SUGIERE COLPOSCOPIA Y BIOPSIA Y LEGRADO AGUS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE
1. CELULAS GLANDULARES ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO	P965		X	4.		
2.				5.		
3.				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/11/2024	MARIA	BAUTISTA	TIPAN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
1721187605			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO
------------------------	----	--	------------------------	----	--	----

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE
1.				4.		
2.				5.		
3.				6.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	

DAD
A
X

--

DEF

DEF

NVERSA