

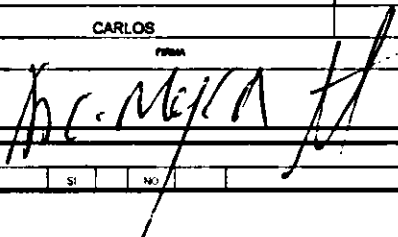
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA			HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GINECOLOGÍA		HQ	1721838433		1721838433			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN BDAD (MARCAR)
CEJALLOS		OJAS		LEONIA		JHANA		M	04/1988	24	H D M A
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento					
PC: HCH	QUITO	SC: ANA		2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales					
				3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutiva					
				4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL DE 2 MESES APROXIMADAMENTE DE EVOLUCIÓN ES VALORADA POR FACULTATIVO CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INFILTRANTE QUERATINIZANTE POR LO QUE ACUDE PARA SER VALORADA TACTO VAGINAL SE PALPA LESION TUMORAL DE 5 CM EXOFITICA, TABIQUE VESICORECTOVAGINAL Y FONDOS DE SACOS LIBRES TACTO RECTAL PARAMETRIO IZQUIERDO ACORTADO HISTOPATOLOGICO 12/05/2022. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INFILTRANTE QUERATINIZANTE PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE CERVIX ESTADIO CLINICO IIB POR LO QUE DEBE SER TRANSFERIDA YA QUE NO CONTAMOS CON RADIOTERAPIA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
HISTOPATOLOGICO 12/05/2022. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INFILTRANTE QUERATINIZANTE	

E. DIAGNÓSTICO	
1. TUMOR MALIGNO DE ENDOCERVIX 2. 3.	PRETENDIENDO DEF. DEFINITIVO CE PRE DEF CE PRE DEF

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/6/2022	11:20	CARLOS	MEJIA	OCHOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1708563521				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI NO
DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI NO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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	
1. 2. 3.	PRETENDIENDO DEF. DEFINITIVO CE PRE DEF CE PRE DEF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		