

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GARCIA	RAMONA DEL CARMEN	08	04	1979	46 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310401433	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN CAYETANO y	099-120-6530 /
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	1310401433	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	20
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 46 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR INFLAMACION MAMARIA, SECRECION OSCURA SANGUINOLENTA DEL PEZON Y PRESENCIA DE MASAS EN AMBAS MAMAS, REFIERE QUE HA DISMINUIDO LA SECRECION Y EL DOLOR, NO HA PRESENTADO FIEBRE, SE LE INDICO REALIZAR PREVIAMENTE ECOGRAFIA MAMARIA Y ACUDE CON RESULTADOS DE LA MISMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE MAMAS : DE ECOESTRUCTURA HETEROGENEA, MAMA DERECHA DE ECOESTRUCTURA HETEROGENEA, SE OBSERVA 3 IMAGENES QUISTICAS HACIA LAS 9HS Y SUPRAAREOLAR, PRESENTA TEJIDO INFLAMATORIO. MAMA IZQUIERDA: DE ECOESTRUCTURA HOMOGENEA SE OBSERVA 1 IMAGEN QUISTICA INFRAAREOLAR Y DILATAION DE CONDUCTILLOS MAS TEJIDO INFLAMATORIO, PIEL Y PEZON NORMAL,VASCULARIZACION NORMAL. IDX: MAS TITIS BILATERAL. MAMAS MULTQUISTICAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASTOPATIA QUISTICA DIFUSA	N601	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-20	14:06	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-20	14:06	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

