



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		001414	Canuto		CS-A	1311146417								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Santana		Muñoz		Ramona		Andrea		M	01-09-1989	36	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
099-474-0834				X		MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
13		1303		130352		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	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Ginecologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MASA EN MAMA DERECHA- PERCIBIDA COMO DE CONSISTENCIA DURA Y POCOMÓVIL- ASOCIADA A MASTALGIA DE INTENSIDAD PROGRESIVA QUE HA LLEGADO A LIMITAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. NIEGA FIEBRE-PÉRDIDA DE PESO- ERITEMA- CALOR LOCAL- CAMBIOS CUTÁNEOS EN LA MAMA- RETRACCIÓN DEL PEZÓN O SECRECIÓN POR PEZÓN.REFIERE ANTECEDENTES DE QUISTES MAMARIOS PREVIOS (SEGÚN RELATO) Y ANTECEDENTE DE ANEMIA SEVERA EN OCTUBRE DEL AÑO PASADO QUE REQUIRIÓ MANEJO HOSPITALARIO CON TRANSFUSIÓN; NO HA REALIZADO CONTROLES POR GINECOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA AFEBRIL- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA- POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REALIZADA DE MANERA PARTICULAR: ZONA PRE MAMARIA ISOECOGENIA DE ASPECTO NORMAL. ZONA RETRO AREOLAR NORMAL ZONA MAMARIA PRESENCIA DILATACION DE CONDUCTOS MAMARIOS POR POSIBLE INFLUJO HORMONAL-CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE NODULO HIPOECOICO-FORMA OVALADA -CRECIMIENTO PARALELO-LIMITE BORROSO-CIRCUNSCRITO-AL MAPEO DOPPLER PRESENCIA DE FLUJO EN SU INTERIOR -TAMAÑO DE LA LESION 1-36 CM POR 0-78 CM(BI-RADS 4A) ZONA RETROMAMARIA NORMAL ZONA AXILAR DERECHA PRESENCIA DE NODULO RETROMUSCULAR DE 15 MM POR 5 MM DE CONTORNO REGULAR ENCAPSULADO ELONGADO HETEROGENEO AL MAPEO DOPPLER PRESENCIA DE FLUJO CUADRO COMPATIBLE CON GANGLIO HIPERTROFICO PEZON DERECHO NORMAL ESTUDIO ECOGRAFICO DE MAMA IZQUIERDA : ZONA PRE MAMARIA ISOECOGENIA DE ASPECTO NORMAL. ZONA RETRO AREOLAR NORMAL ZONA MAMARIA PRESENCIA DILATACION DE CONDUCTOS MAMARIOS POR POSIBLE INFLUJO HORMONAL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE QUISTE (BI-RADS 2)FORMA OVALADA-CRECIMIENTO PARALELO-ANECOICO-LIMITE CLARO-CIRCUNSCRITO-SIN CALCIFICACIONES-TAMAÑO DE LA LESION 1-34 CM POR 0-61 CM ZONA RETROMAMARIA NORMAL ZONA AXILAR IZQUIERDA NORMAL. PEZON IZQUIERDO NORMAL. ID: MAMA DERECHA ZONA MAMARIA CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE NODULO HIPOECOICO (BI-RADS 4A) TAMAÑO DE LA LESION 1-36 CM POR 0-78 CM REGION AXILAR DERECHA PRESENCIA DE GANGLIO DE 15 MM POR 5 MM MAMA IZQUIERDA ZONA MAMARIA CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE QUISTE (BI-RADS 2) TAMAÑO DE LA LESION 1-34 CM POR 0-61 CM

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Masa No Especificada En La Mama		N63X	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-20	09:29				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	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	DEF
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)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	