

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VELASQUEZ	TANYA MARIUXI	01	04	2001	23 años, 6 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350634299	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LOS MONOS y	098-311-4540 /
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	1350634299	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	2024	10	10
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 REFIERE QUE DESDE HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE PRSENTA UN BULTO EN MAMA DERECHA POR LO CUAL LE ENVIARON ECOGRAFIA Y BIOPSIA CUYO REPORTE DEL 28/10/20223 ES DE FIBROADENOOMA MAMARIO, PROLIFERACION DE TEJJIDO FIBROSO, DUCTOS PROLIFERATIVOS, EPITELIO SIN AYIPIA, REFIERE QUE DICHO NODULO NO ES DOLROSO AL TACTO SIN AMBARGO NO SE HA VUELTO A REALIZAR CONTROL PORQUE PERDIÓ SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD, ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS GESTAS 0, FUM 15/8/2024, CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES, PLANIFICACION FAMILIAR CON IMPLANTE SUBDERMICO COLOCADO EN MAYO 2023, ANTECEDENT FAMILAIR TIA PATERNA CA DE MAMA, ALERGIAS NO REFIERE, QUIRURGICOS NINGUNO,NIEGA HABITOS TOXICOS,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NODULO PALPABLE EN CUADRANTE INFERIOR DE MAMA DERECHA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	D24X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-10	13:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2024-10-10	13:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	