

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUZMAN	ROJAS	SANDRA IVONNE	10	01	1975	50 años, 7 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0703278911	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CHONE SAN ANDRES MOSQUITO y	097-958-6554 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0703278911	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	09	08
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 50 AÑOS DE EDAD. APP: ESCOLIOSIS, CANCER DE MAMA (CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE, GRADO HISTOLOGICO II-NOTTINGHAM). AA: NO REFIERE. APQX: CESAREAS. PACIENTE ACUDE DESDE SOLCA CON DOCUMENTACION. PACIENTE FUE DERIVADA DE CIRUGIA PARA CONTINUIDAD DE TTO ONCOESPECIFICO, AL MOMENTO REQUIERE TTO DE QT NEOADYUVANTE POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA A CARDIOLOGIA (LIBERACION DE ANTRACICLINAS)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CARCINOMA DUCTUAL INFILTRANTE GHII (MULTICENTRICO MULTIFOCAL)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA	C500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	13:12	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2025-09-08	13:12	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	