

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMIREZ	CUZME	GEMA JESSENIA	13	10	1993	31 años, 11 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0850454703	MANABI	CHONE	BOYACA	EL TORO y	0980630407 /
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	0850454703	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	10	06
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 DE 31 AÑOS. CON ANTECEDENTE DE CANCER DE MAMA DERECHA CONFIRMADO POR EXAMEN REALIZADO EL 3/10/2025 EN SOLCA MANABI, ACUDE A SOLICITAR REFERENCIA A HGND C PARA VALORACION POR GINECOLOGIA PARA POSTERIOR SEGUIMIENTO EN SOLCA MANABI.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: ECOGRAFIA DE MAMAS INFORMA DR CUEVAS REPORTA EN MAMA, DERECHA SE APRESIA NODULO HIPOECPCO LEVEMENTE HETEROGENEO IRREGULAR CON BORDES LOBULADOS PERO CIRCUNCRITOS PARALELO Y AVASCVULAR QUE MIDE 4.6X2 8X3.9CM BIRADS 4B. CHEQUEO FISWICO, MAMA DERECHA MASA DE BORDES REGULARES OVALADA CONSISTENCIA DURA APARENTEMENTE NO ADHERIDA, DE APROXIMADAMENTE 6X4CM DE DIAMETRO SIN DOLOR A LA PALPACION EN CS ENTRE HORA 9-10 T3, AXILA N1, MAMA IZQUIERDA NODULOS PALPABLES, AXILA NEGATIVA. PATOLOGIA: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE, GRADO HISTOLOGICO III

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARCINOMA IN SITU INTRACANALICULAR	D051		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2025-10-06	12:02	Obstetricia Rural	KARLA ZARELA ALVARADO CEREZO	1208296796



Firmado electrónicamente por:
KARLA ZARELA ALVARADO CEREZO
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
2025-10-06	12:02	Obstetricia Rural	KARLA ZARELA ALVARADO CEREZO	1208296796	

