

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CABEZAS	IBÁÑEZ	QUEREN ZARICK	17	03	2005	20 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0927794891	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AVDA CARLOS ALBERTO ARAY Y SANTA MARIANITA y SN	099-435-8938 /
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	0927794891	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD CON AGO: G0 A0 FUM: 28/12/2025 ACUDE POR CONTROL DE MASA EN MAMA DERECHA MASA DE MENOS DE 3 CM A LAS 11. Y A LAS 11 OTRO MENOS DE 2 CM ECO REFIERE PRESENCIA DE FIBROADENOMA. AL MOMENTO REFIERE DISURIA, POLAQUIURIA, SECRECION VAGINAL BLANQUECINA, NO FETIDO Y PRURITO EN VULVA. PACIENTE ESTABLE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA EN MAMA DERECHA MASA DE MENOS DE 3 CM A LAS 11. Y A LAS 11 OTRO MENOS DE 2 CM ECO REFIERE PRESENCIA DE FIBROADENOMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROADENOSIS DE MAMA	N602		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	14:35	Medicina Rural	CANDY ANTHONELLA TUMBACO FIGUEROA	1313477851	

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
2026-01-14	14:35	Medicina Rural	CANDY ANTHONELLA TUMBACO FIGUEROA	1313477851	

