

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	MELVA	SHIRLEY	26	10	1954	70 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303761116	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y PUERTO ARTURO	098-054-2971 /
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	1303761116	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	02	20
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 CON ACUDE ACUDE A CONSULTA MEDICA INDICA PRESENTAR MASA EN MAMA DERECHA DESDE HACE VARIOS AÑOS . EXAMEN FISICO ASIMETRIA MASA EN CUADRANTE SUPERO EXTERNO DE MAMA DERECHA NO RETRACION DE PEZÓN NO CAMBIO DE COLOR. TRAE REPORTE DE MAMOGRAFIA. VALORACIÓN Y PROCEDIMIENTO ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAMOGRAFIA : MAMAS HETEROGENEA DE TEJIDO FIBROGLANDULAR ASIMETRIA GLOBAL SIENDO LA MD CON AUMENTO DE DENSIDAD E IMAGEN LOE DE MARGENES OSCURECIDOS CON CALCIFICACIONES GRUESAS QUE OCUPA LA MAYOR PARTE DE LA MAMA MIDE 15.3MM POSTERIOR RA DE MI PIEL Y PEZONES CONSERVADOS GANGLIO AXILARES DE ASPECTOS BENIGNOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	N63X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-02-20	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	 Firmado electrónicamente por: LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO

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
2025-02-20	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	