

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1410	HAGA		B	1305559856		1305559856					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SABANDO		SANCHEZ		NIEVE		JAQUELINE	F	05/08/1966	57	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0981033683						☒							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO							
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGÍA							
CUADRO CLINICO													
PACIENTE DE 57 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE GINECOBSTRICO DE 4 GESTAS 3 PARTOS CESAREA 1, CON ANTECEDENTE DE DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL; ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FORMACION DE ABSCESO EN MAMA IZQUIERDA, POSTERIOR A ESTO PERSISTE LESION NODULAR DE CONSISTENCIA DURA, MOVIL, NO DOLOROSA A LA PALPACION EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA IZQUIERDA. POR AUSENCIA DE PRESTACION DE SERVICIO SE INDICA REFERENCIA A CONSULTA DE MASTOLOGIA-													
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
ECO DE MAMA IZQUIERDA REPORTA LESION HETEROGENEA DE CONTORNOS IRREGULARES QUE DIVULSIONA LA GRASA DE LA MAMA SUGESTIVA DE ABSCESO													
BIRADS 4A, SE SUGIERE BIOPSIA DE LA LESION													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF		
1. MASA NO ESPECIFICADA DE LA MAMA		N63X		X	4.								
2.					5.								
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO							
30/05/2024	13:00	MAURICIO		VELÁSQUEZ		VEGA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO							
1312163874													
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA					
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS													
F. DIAGNÓSTICO													
PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF		
1.					4.								
2.					5.								
3.					6.								
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE													
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO							