

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALBIA	ALBIA	ANA CIRA DEL ROSARIO	05	10	1958	67 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306248772	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE LA JOTA y	999-999-9999 / (99)-999-9999
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	1306248772	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		2026	05	19
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 QUE ACUDE CON INTERCONSULTA POR EMERGENCIA DEL TIPO C CHONE FUE VALORADA Y SE REALIZAN EXÁMENES DE LABORATORIO PERO LA TOMA DE LOS MISMO SE LA HACE 20 MINUTOS, REFIERE MALESTAR GENERAL LEVE, FATIGA, TIENE 3 DIAS SIN TOMAR MEDICACIÓN DE BASE, ADEMÁS PRESENTA SALIDA DE LÍQUIDO ROJO SUGESTIVO DE SANGRE POR EL PEZÓN DERECHO ANTECEDENTES DE DOLOR Y ARDOR DE INICIO HACE 2 MESE SIN VALORACIÓN MÉDICA, AHORA SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, CONCIENTE CONGRUENTE, ORIENTADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE RESULTADOS DE TOMA HECHA HOY 19-05-2026

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA MAMA	N648		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	09:19	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JULIO CESAR GARCIA OLEA

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 clínico

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
2026-05-19	09:19	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	