

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	MARIA MARIBEL	11	05	1971	54 años, 4 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307166007	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA y PAEZ	099-461-5694 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area	
MSP	1307166007	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	09	30
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 54 AÑOS, MENARQUIA 11 AÑOS, G1P1A0C0, MENOPAUSIA A LOS 51 AÑOS, ACUDE POR PRESENTAR TUMORACIONES EN REGIÓN DE AMBAS MAMAS, REFIERE DOLOR TIPO PUNZANTE EN OCASIONES. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA ECOGRAFIA QUE REPORTA QUISTES MAMARIOS. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: MAMA DERECHA DE ECOESTRUCTURA HOMOGENEA SE OBSERVA 2 IMAGENES QUISTICAS HACIA LAS 8HS EN MANECILLAS DE RELOJ. VASCULARIZACION NORMAL. MAMA IZQUIERDA DE ECOESTRUCTURA HOMOGENEA SE OBSERVA 2 IMAGENES QUISTICAS SOBRE PESON IZQUIERDO. VASCULARIZACION NORMAL, PIEL Y PEZONES NORMALES. ID. MAMAS QUISTICAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	N61X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	11:35	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA 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 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
2025-09-30	11:35	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	