

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CUADROS	MAIRA MABEL	02	02	1980	45 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308555323	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y	099-053-8936 / (99)-999-9999
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	1308555323	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	11	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 FEMENINA 45 AÑOS DE EDAD APP HTA (LOSARTAN 100MG) MEDICACION HABITUAL: METFORMINA DE 500 MG APF DM2 HTA
AQX: REDUCCION DE MAMAS, SALPINGUECTOMIA, COLECISTECTOMIA. ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE A
CONSULTA POR CONTROL MEDICO REFIEIRNDO CUADRO CLINICO DE MASTODINIA EN MAMA IZQUIERDA LA CUAL NO CEDE CON
ANALGESIA EVA 9/10, REFIERE HABER LLEVADO CONTROLES CON MASTOLOGIA EN DONDE LE ENCONTRARON NODULOS EN MAMA
IZQUIERDA HACE DOS AÑOS. PACIENTE REFIERE AUMENTO DE TAMAÑO DE DICHA MAMA. ADEMAS PACIENTE AL MOMENTO CON
SINTOMAS DE CLIMATERIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA	N600		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-20	11:23	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2025-11-20	11:23	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	