

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	LUCAS	MARIA TERESA	15	05	1978	48 años, 2 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309334025	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE COLON y PRIMERO DE MAYO	099-656-1758 / (05)-269-6661
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	1309334025	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	27
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR MASA EN MAMA SUPRANUMERARIA DERECHA, INDICA QUE LE GENERA DOLOR. NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO: TORAX: MAMA SUPRANUMERARIA DERECHA CON PRESENCIA DE MASA DE 10X10CM APROXIMADAMENTE DOLOROSA A LA MOVILIZACION Y PALPACION UBICADA EN EL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA LABORATORIOS ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	10:21	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2026-07-27	10:21	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	