

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		4443	C.S. ROCAFUERTE		B	1309585097			1309585097					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO		MEZA		GLORIA		JUDITH		F	14/04/1979	45	H	D	M	A
											25	10	45	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0998367590-0993692535		MSP		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria						
				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABÍ	ROCAFUERTE		ROCAFUERTE						X					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSP NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

Paciente con APP DM + HTA acude con resultados de Mamografía 18-09-24 opacidades nodulares oscurecidas bilaterales. Se envía ecografía mamaria de control paciente con APF DE CA MAMA. acude por revisión de Ecografía mamaria 25-02 25: imágenes en mamas bilaterales en relación a nódulo quístico simple.

Ecografía mamaria 11-03-25: Tejido glandular heterogeneo en CSE a las 12h a 1.4cm desde el pezón y a 1.8cm de profundidad desde la piel se observa imagen hipoeecogénica de forma eliptica de bordes bien definidos que mide 0.3cm, hacia el CSE ALAS 1H A 1.0 cm desde el pezón y 1.2 cm de profundidad desde la piel se observa 1 imagen de igual característica que mide 0.3 cm. no presentan vascularización

DEFINITIVO							
1.	TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	D24X	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
11/03/2025		10:00		DOLORES		SABANDO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA			SELLO		
1310096639									

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
------------------------	----	--	----	--	--	------------------------	----	--	----	--

11

7

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRIBUYERE O REPERTE LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RECOMMENDED CONTENTS COVERED

ANEXAMENTO 1 - PROCEDIMENTO PARA EMISSÃO DE REQUERIMENTO	

DEFINITIVO						
1.				4.		
2.				5.		
3.				6.		

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA			SELLO		