

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	MEJIA	LUCRECIA MERCEDES	10	01	1982	44 años, 0 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309937256	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA SAN ISIDRO y	096-871-4518 / (00)-000-0000
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	1309937256	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	13
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 ☐

QUISTE EN MAMA DERECHA ECTA DUCTAL BILATERAL E INCREMENTO EN CADENA GANGLIONAR. BIRADS 2.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON MASA EN MAMA DERECHA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO, ECOGRAFÍA REPORTA, QUISTE EN MAMA DERECHA, ECTASIA DUCTAL BILATERAL BIRADS 2, LLAM LA ATENCIÓN INCREMENTO DE GANGLIOS BILATERALES A NIVEL DE CADENA GANGIONAL II, II Y IV. APF CIRROSIS HEPÁTICA. 0968714518

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFÍA REPORTA, QUISTE EN MAMA DERECHA, ECTASIA DUCTAL BILATERAL BIRADS 2, LLAM LA ATENCIÓN INCREMENTO DE GANGLIOS BILATERALES A NIVEL DE CADENA GANGIONAL II, II Y IV

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-13	09:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-01-13	09:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	