

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	GUADAMUD	FANNY YAMIRA	28	05	1980	45 años, 9 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	1310671696	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CAMARETA y	096-712-4437 /
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	1310671696	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	03	12
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

DIAGNOSTICADA DE CA DE MAMA LADO DERECHO, ES SOMETIDA A EXCERESIS DE TUMORACIÓN PARA ESTUDIO CON BIOPSIA LO CUAL DETERMINO CA DE MAMA, EMPIEZA A REALIZAR QUIMIOTERAPIA PARA REDUCCIÓN (14 QUIMIOTERAPIAS) REFIERE QUE ESTA PROGRAMADA PARA RADIOTERAPIAS, FUE DX EN EL 2023 14 DE NOVIEMBRE... ES MADRE SOLTERATIENE DOS NIÑOS ES MADRE SOLTERA. TIENE SDEGURO CAMPESINO... CON DX DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE GRADO DOS CON 22 QUIMIO 30 RADIOTERAFIA CON PROBLEMA DE FIBROMA MAS RECOLECCION DE LIQUIDO LINFITICO POR CA DE MAMA... ES HORMANAL Y ESTA ACTIVO... CON DOLOR DEL VIENTRE... ANEMIA LEVE, AHOR NO RADIOTERAPIA PERO ESTA CON LOS CONTROLES... REFIERE QUE ESTA ESTABLE... AAPRTE DE DOLOR DELA COLUMNA BAJA PARA PINZAMIENTO PLEXO NERVIOSO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A SU EVALUACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS	G548		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-12	10:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE 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
2026-03-12	10:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

