

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	MUÑOZ	RAMONA ANDREA	01	09	1989	36 años, 4 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311146417	MANABI	CHONE	CANUTO	S y	099-474-0834 / (00)-000-0000
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	1311146417	CANUTO	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	14
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 DE 36 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MASA EN MAMA DERECHA, PERCIBIDA COMO DE CONSISTENCIA DURA Y POCO MÓVIL, ASOCIADA A MASTALGIA DE INTENSIDAD PROGRESIVA QUE HA LLEGADO A LIMITAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. NIEGA FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, ERITEMA, CALOR LOCAL, CAMBIOS CUTÁNEOS EN LA MAMA, RETRACCIÓN DEL PEZÓN O SECRECIÓN POR PEZÓN. REFIERE ANTECEDENTES DE QUISTES MAMARIOS PREVIOS (SEGÚN RELATO) Y ANTECEDENTE DE ANEMIA SEVERA EN OCTUBRE DEL AÑO PASADO QUE REQUIRIÓ MANEJO HOSPITALARIO CON TRANSFUSIÓN; NO HA REALIZADO CONTROLES POR GINECOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REALIZADA DE MANERA PARTICULAR: ZONA PRE MAMARIA ISOECOGENIA DE ASPECTO NORMAL. ZONA RETRO AREOLAR NORMAL ZONA MAMARIA PRESENCIA DILATACION DE CONDUCTOS MAMARIOS POR POSIBLE INFLUJO HORMONAL ,CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE NODULO HIPOECOICO,FORMA OVALADA ,CRECIMIENTO PARALELO,LIMITE BORROSO,CIRCUNSCRITO,AL MAPEO DOPPLER PRESENCIA DE FLUJO EN SU INTERIOR ,TAMAÑO DE LA LESION 1,36 CM POR 0,78 CM (BI-RADS 4A) ZONA RETROMAMARIA NORMAL ZONA AXILAR DERECHA PRESENCIA DE NODULO RETROMUSCULAR DE 15 MM POR 5 MM DE CONTOURNO REGULAR ENCAPSULADO ELONGADO HETEROGENEO AL MAPEO DOPPLER PRESENCIA DE FLUJO CUADRO COMPATIBLE CON GANGLIO HIPERTROFICO PEZON DERECHO NORMAL ESTUDIO ECOGRAFICO DE MAMA IZQUIERDA : ZONA PRE MAMARIA ISOECOGENIA DE ASPECTO NORMAL. ZONA RETRO AREOLAR NORMAL ZONA MAMARIA PRESENCIA DILATACION DE CONDUCTOS MAMARIOS POR POSIBLE INFLUJO HORMONAL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE QUISTE (BI-RADS 2)FORMA OVALADA ,CRECIMIENTO PARALELO,ANECOICO,LIMITE CLARO,CIRCUNSCRITO,SIN CALCIFICACIONES,TAMAÑO DE LA LESION 1,34 CM POR 0,61 CM ZONA RETROMAMARIA NORMAL ZONA AXILAR IZQUIERDA NORMAL. PEZON IZQUIERDO NORMAL. ID: MAMA DERECHA ZONA MAMARIA CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE NODULO HIPOECOICO (BI-RADS 4A) TAMAÑO DE LA LESION 1,36 CM POR 0,78 CM REGION AXILAR DERECHA PRESENCIA DE GANGLIO DE 15 MM POR 5 MM MAMA IZQUIERDA ZONA MAMARIA CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENCIA DE QUISTE (BI-RADS 2) TAMAÑO DE LA LESION 1,34 CM POR 0,61 CM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	09:02	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-01-14	09:02	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	