

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	GONZALEZ	JESSICA FERNANDA	15	04	1982	43 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311725202	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 3 y	098-781-1106 /
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	1311725202	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	11	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

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE A CONSULTA DEBIDO A LA APARICIÓN DE UN BULTO EN LA MAMA IZQUIERDA, EL CUAL HA NOTADO DESDE HACE TIEMPO Y HA TENIDO UNA EVOLUCIÓN PROLONGADA.SIN EMBARGO, HA NOTADO QUE EN OCASIONES LE CAUSA MOLESTIAS LEVES, PERO NO HA SIDO PERSISTENTE NI HA EMPEORADO DE MANERA SIGNIFICATIVA. NIEGA SÍNTOMAS ASOCIADOS COMO CAMBIOS EN LA PIEL DE LA MAMA NI SECRECIÓN MAMARIA. REFIERE NO SER VALORADA PREVIAMENTE POR ESPECIALIDAD MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO: INSPECCIÓN: LA MAMA IZQUIERDA NO PRESENTA SIGNOS DE ENROJECIMIENTO NI CAMBIOS EN LA PIEL. NO SE OBSERVA SECRECIÓN. PALPACIÓN: SE PALPA UN BULTO BIEN DELIMITADO, DE CONSISTENCIA FIRME, MÓVIL, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. EL TAMAÑO DEL NÓDULO ES MAYOR A 3 CM DE DIÁMETRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROADENOSIS DE MAMA	N602	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	12:27	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-11-12	12:27	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

