

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALMEIDA	MACIAS	NARCIZA ELIZABETH	13	04	1985	41 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312059932	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL GORAZABEL y	093-946-5312 /
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	1312059932	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	Ginecología y Obstetricia		2026	07	02
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

DOLOR Y SENSACION DE PESANTEZ EN AMBAS MAMAS - MAS ACENTUADO EN MAMA DEL LADO IZQUIERDO- SE PALPA MASAS PEQUEÑAS Y DOLOROSAS A LA PALPACION- NO HAY ADENOPATIAS PERIFERICAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: MAMA IZQUIERDA. LESIONES SOLIDAS DE ASPECTO DE BORDES LISOS , HIPOECOGENICOS Y HOMOGENEOS, AVASCULARES EN RELACION MASA(NODULOS) MIDEN CERCA DE 6.5 X 3.9 MM CII (EN NUMERO DE 1) Y 4.1X 7.3 MM CIE (EN NUMERO DE 1) BIRADS 2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASTOPATIA QUISTICA DIFUSA	N601	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	15:15	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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