

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| MACIAS           | GILER            | MARIA FERNANDA | 31                  | 10  | 1986 | 38 años, 10 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312197401        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CDLA LOS CHOFERES            | 096-748-6940 /       |
| 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                 | 1312197401      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 09  | 15  |
| 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 DE 38 AÑOS APP HTA (LOSSARTAN 100MG) HIDRONEFROSIS DE RIÑON IZQUIERDO APF DM2 HTA CA DE PIEL CA ESTOMAGO TIROIDES AA NO REFIERE, PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA PACIENTE SE ENCUENTRAN MASA PALPABLE Y VISIBLES EN AMBAS AXILAS, GENERAN DOLOR SON DE APROXIMADAMENTE DE 10 CM DE DIAMETRO EN LA AXILA IZQUIERDA Y DE 6 CM APROXIMADAMENTE EL DE LA AXILA DERECHA. PACIENTE REFIERE QUE LLEVABA SEGUIMIENTO EN GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON PERO PERDIO EGUIMIENTO Y LE SOLICITARON REFERENCIA PARA CIRGUIA PROGRAMADA. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

5. Diagnóstico

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

|            |       |                |                               |            |       |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
| 2025-09-15 | 15:57 | Medicina Rural | CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE | 1313827808 |       |

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 |
| 2025-09-15 | 15:57 | Medicina Rural | CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE | 1313827808 |       |