

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MENDOZA          | VELASQUEZ        | GEMA MARIA | 24                  | 07  | 1988 | 37 años, 8 meses, 7 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313050534        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CDLA KENNEDY y               | 096-372-1822 / (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                 | 1313050534                               | 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 | 2026 | 03  | 31  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina de 37 años que acude a consulta por cuadro clínico caracterizado por mastalgia bilateral y secreción por ambos senos. Refiere secreción amarillenta de aspecto aceitoso en mama izquierda y secreción café-rojiza en mama derecha. Al examen físico se identifican adenopatías axilares (2 ganglios) y masa palpable en mama derecha. Se encuentra en condición general estable.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR SERVICIO DE GINECOLOGIA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-03-31 | 23:26 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDENO | 1312946617 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-03-31 | 23:26 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDENO | 1312946617 |       |