

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAGUA	ESMERALDAS	ANA MARGARITA	15	09	1984	40 años, 4 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	1313056622	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MAGALY VERA y	098-023-0562 / (99)-999-9999
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	1313056622	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	01	30
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 40 A, AP: NR, A NIVEL DE REGION ANTERIOR DE AXILA Y CUADRANTE SUP EXT DE MAMA DERECHA, PACIENTE PRESENTA TUMORACION BLANDA DE 6 CM DE DIAMETRO APROX, SENSIBLE A LA PALPACION, PACIENTE MENCIONA QUE LA HA PRESENTADO POR 20 A APROX Y EN LOS ULTIMOS AÑOS HA AUMENTADO SU TAMAÑO, MENCIONE CAMBIOS DE TAMAÑO RELACIONADOS AL CICLO MENSTRUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EX FISICO: MASA BLANDA SENSIBLE A LA PALPACION A NIVEL DE CARA ANTERIOR DE AXILA DERECHA Y CUADRANTE SUP EXT DE MAMA DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MAMA SUPERNUMERARIA	Q831	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	00:33	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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 clínico

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
2025-01-30	00:33	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	