

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VERA             | PARRAGA          | LISBETH BELEN | 25                  | 12  | 1996 | 28 años, 10 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313547380        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | SITIO MEJIA y                | 098-711-7447 / (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                 | 1313547380      | BOYACA                   | 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  | 10  | 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 FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD, ES ATENDIDA POR LO QUE REFIERE DOLOR EN SENO DERECHO, EN OCASIONES REFIERE CALOR Y RUBOR EN ZONA LATERAL DEL SENO QUE GENERA HIPERSENSIBILIDAD AL TACTO. EXAMEN FISICO NO HAY SALIDA DE SECRECION O LECHE, SE PALPA MASA NO MOVIL. REIFERE HABERSE REALIZADO ECOGRAFIA EL DIA 16 DE OCTUBRE DEL 2025 REPORTANDO POSIBLE FIBROADENOMA + ECTASIA DUCTAL. SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA PARA VALROACION Y POSTERIOR MANEJO. TELEFONO 0987117447 PACIENTE. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ULTRASONIDO: MAMA DERECHA SE VISUALIZA EN CIE EN RADIAL 8 PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA DE ECOTEXTURA HIPOECOGENICA MODERADAMENTE DENSA DE CONTORNOS Y BORDES REGULARES DIFERENCIADOS NO ESPICULADOS CON NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR QUE MIDE 10 MM X 5.6 MM X 7.7 MM Y UN VOLUMEN DE 0.22 CC A UNA DISTANCIA DE 0.68 CM DEL PEZON. MAMA IZQUIERDA NO SE OBSERVA LESIONES QUISTICAS NI SOLIDAS EN SU INTERIOR. SE EVIDENCIA ECTASIAS DUCTALES CON MEDIDAS DE 2.7 MM MAS AREAS REACTIVAS INFLAMATORIAS REGION AXILAR BILATERAL SIN ALTERACIONES. CONSLUSIONES LESION OCUPANTE DE ESPACIO INTERMAMARIO DERECHO EN PROBABLE RELACION A FIBROADENOMA. ECTASIA DUCTAL EN MAMA IZQUIERDA + AREAS REACTIVAS INFLAMATORIAS CON PREDOMINIO A LATERAL. MAMAS DE TEJIDO TIPO B SEGUN ACR BIRADS III. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------|--------|-----|-----|
| FIBROADENOSIS DE MAMA | N602   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-31 | 10:09 | Medicina Rural | GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO | 1315109510 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-31 | 10:09 | Medicina Rural | GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO | 1315109510 |       |

