

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SALDARRIAGA	JUANA ELIZABETH	24	06	1994	31 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314007228	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y CDLA EL ROSARIO	095-882-7473 / (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	1314007228	SANTA MARTHA	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	02	04
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 REFIERE QUE HA PRESENTADO SENSACION DE AUMENTO DE TURGENCIA MAMARIA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS, ACOMPAÑADO DE GALACTORREA DESDE HACE 6 MESES, MASTODINIA , CEFALEAS, HA HECHO TERAPIA CON SICOLOGIA Y VALORACION POR ENDOCRINOLOGIA SIN VER MEJORIA. FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION 3/2/2026, CILOS MENSTRUALES REGULARES 3 A 4 DIAS DE DURACION, ACOMPAÑADO DE ELIMINACION DE COAGULOS SANGUINEOS Y DISMENORRA, ANTECEDENTES P1, C0, A1 (HACE 4 AÑOS) PERDIDA DE CABELLO, INSOMNIO, ESTADOS DE ANSIEDAD. REFIERE QUE HAN PRESCRITO ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO CERACETE POR UN AÑO, SIN VER CAMBIOS DE MEJORIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REVISION DE GLANDULAS MAMARIAS DERECHA E IZQUIERDA CON AUMENTO DE TURGENCIA MAMARIA, SE PALPAN NODULACIONES CON ELIMINACION DE SECRECION LACTEA POR PEZON. SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASTOPATIA QUISTICA DIFUSA	N601	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-04	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

