

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	SANCHEZ	VERONICA LISSETH	01	03	1994	30 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314800747	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LA ESMERALDAS y 095-954-5393 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1314800747	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		2024	12	19
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 DOLOR TORACICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARCATERIZADO POR DOLOR PUNZANTE EN CENTRO DEL PECHO, REFIERE QUE PRSENTA UNA TUMORACION PALPABLE LA CUAL HA AUMENTADO DE TAMAÑO EN AREA DE MAMA IZQUIERDA, DOLOR SIN IRRADIACION APARENTE, CEDE SOLO, NO REFIERE TOMAR MEDICACION. NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NO ALERGIAS, NO CIRUGIAS. G-0: P2, C0, A0, FUM 11/11/2024 DURACION 6 DIAS, PAP NUNCA, ANTECEDENTES FAMILIARES MADRE HTA. TRAE ECOGRAFIA DEL 2019 CON REPORTE DE DE QUISTE Y NODULO MAMARIO IZQUIERDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAMA IZQUIERDA: MASA PALPABLE A LAS 9HS. VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	D24X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-19	08:24	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 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