

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	LOPEZ	KAREN JULIANNA	30	09	1996	28 años, 9 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315671923	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EL GUINEO y SN	099-182-2681 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1315671923	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	07	29
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 FEMENINO SIN APP DE IMPORTANCIA ACUDE A UNIDAD POR PRESENTAR CUDRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION CRARACTERIZADA POR MASA EN REGION EXTERNA E IZQUIERDA DE LA MAMA. AL EXAMNE FISICO SE EVIDENCIA MASA DE 4 X4 CM EN MAMA IZQUIERDA MOVIL Y DE BORDES DEFINIDOS, REFIERE ESCASO DOLOR. AL MOMENTO PACIENT ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TUMOR EN MAMA IZQUIERDA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	14:18	Medicina Rural	DALLELYS ROMINA MENDOZA ZAMBRANO	1315628758	

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
2025-07-29	14:18	Medicina Rural	DALLELYS ROMINA MENDOZA ZAMBRANO	1315628758	