

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ZAMBRANO	GABRIELA LISBETH	17	04	1994	31 años, 8 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315674208	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	097-880-6767 /
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	1315674208	SAN ANTONIO	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	01	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐	Saturación capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐	Otros/especifique: ☒
Falta de profesional ☐	IMAGEN NODULAR HIPERECOGÉNICA DE BORDES Y CONTORNOS IRREGULARES HETEROGÉNEA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE CON MASA EN MAMA DERECHA DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE PROVOCA DOLOR DESDE HACE 3 MESES, UBICADA EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA DERECHA ECOGRAFÍA REPORTA IMAGEN NODULAR HIPERECOGÉNICA DE BORDES Y CONTORNOS IRREGULARES HETEROGÉNEA. PACIENTE CON APF DE CA DE MAMA. REFIERE ADEMÁS DOLOR EN HEMICARA IZQUIERDA ESPECIFICAMENTE EN ZONA FRONTAL Y SUBORBITARIA DERECHA CON ELIMINACIÓN DE MOCO POR VIA NASAL AMARILLENTO EN CANTIDAD MODERADA CON MAL OLO. NO FIEBRE. 0990870243

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-05	10:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-01-05	10:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	