

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIEJO	BRAVO	ARIANA JAMILETH	03	02	2007	18 años, 6 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	1315974616	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	098-182-4000 / (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	1315974616	SANTA RITA	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	09	01
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 FEMENINA DE 18 AÑOS , APP NO REFIERE, AQX HERNIA VENTRAL A LOS 2 AÑOS Y COLECISTECTOMÍA HACE 1 AÑO, ALERGIAS NO REFIERE, AGO AO PO CO HV0, FUM: 13/8/2025. ANTICONCEPCIÓN: SOLUNA DESDE HACE 2 AÑOS . ACUDE POR REVISIÓN DE ECOGRAFÍA MAMARIA DONDE SE EVIDENCIA FIBROADENOMA Y TEJIDO BIRADS III, SE DECIDE ENVIAR A GINECOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: LESION OCUPANTE DE ESPACIO INTRAMAMARIO DERECHA EN RELACIÓN A FIBROADENOMA, MAMAS DE TEJIDO TIPO C SEGÚN ACR, BIRADS III

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	N63X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-01	14:14	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-09-01	14:14	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	