

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1316122660		1316122660						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ORTIZ		BENAVIDES		MARIA		PAULA	F	2003-11-28	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0984056734 - 0998529791		MSP		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Ineficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA									
PROVINCIA		TOSAGUA		TOSAGUA		X							
MANABI													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MASA PALPABLE EN REGIÓN AXILAR DERECHA, DE PEQUEÑO TAMAÑO, MÓVIL, DOLOROSA A LA PALPACIÓN, ASOCIADA A HIPERSENSIBILIDAD LOCAL. REFIERE INCREMENTO DEL DOLOR AL: DORMIR SOBRE EL LADO DERECHO, ELEVAR EL BRAZO, REALIZAR MOVIMIENTOS DEL HOMBRO PACIENTE REFIERE SENSACIÓN DE EDEMA LOCAL. NIEGA FIEBRE, SECRECIÓN, ERITEMA O CRECIMIENTO ACCELERADO DE LA LESIÓN. FUE VALORADA PREVIAMENTE DONDE RECIBIÓ MANEJO CON: BERIFEN 75 MG CADA 12 HORAS POR 10 DÍAS + PARCHES ANALGÉSICO (KEFENTECH). REFIERE MEJORÍA PARCIAL DEL DOLOR, SIN RESOLUCIÓN COMPLETA DEL CUADRO. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. REGIÓN AXILAR DERECHA: SE PALPA MASA SUBCUTÁNEA DE CONSISTENCIA BLANDA, MÓVIL, DOLOROSA A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS MARCADOS, SIN SECRECIÓN, SIN ADENOPATÍAS MÚLTIPLES PALPABLES. EXTREMIDAD SUPERIOR: MOVILIDAD CONSERVADA CON LEVE DOLOR A LA ABDUCCIÓN. ECOGRAFÍA 21-03-2026: ECOGRAFÍA MAMARIA BI-RADS 1 SIN PATOLOGÍA MAMARIA NI ADENOPATÍAS. SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA PARA ESTUDIO DE PARTES BLANDAS Y CONDUCTA TERAPÉUTICA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE REALIZA ECOGRAFÍA 21-03-2025: SE REALIZA ECOGRAFIA DE MAMAS CON TRANSDUCTOR LINEAL DE ALTA FRECUENCIA. 1.- MAMA DERECHA: PIEL Y T.C.S.C. CONSERVADAS. DE BORDES REGULARES, ECOGENICIDAD PARENQUIMAL HOMOGÉNEA. NO SE OBSERVAN IMÁGENES QUISTICAS NI SOLIDAS. TEJIDO GRASO RETROMAMARIO SIN ALTERACIONES. PIEL CONSERVADO, A NIVEL DE PEZON SIN ALTERACIONES ECOGRAFICAS REGION AXILAR SIN EVIDENCIA DE ADENOPATIAS. CONCLUSION: 1.- ESTUDIO BIRAD 1

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO SUPERIOR	R223	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-07	11:30:00	JOSSENKA	PINCAY	BENAVIDES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1314513027				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO