

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	MACIAS	MIA VICTORIA	08	09	2017	8 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	1352692568	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL BEJUCO HACHA y	098-789-5351 /
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	1352692568	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	26
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 8 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE APF: ABUELA PATERNA CANCER DE MAMA. QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR SECRECIÓN PURULENTE DE COLOR AMARILLO A NIVEL DE PEZÓN, EN OCASIONES ACOMPAÑADA DE ESCASA CANTIDAD DE SANGRE. MADRE REFIERE QUE LA MENOR NO HA PRESENTADO MENARQUIA Y NIEGA ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO LOCAL, PICADURAS, MANIPULACIÓN EXCESIVA O EPISODIOS SIMILARES PREVIOS. NO REFIERE FIEBRE, ESCALOFRÍOS, PÉRDIDA DEL APETITO NI OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA SECRECIÓN AMARILLENTO POR PEZÓN, CON LEVE ERITEMA Y SENSIBILIDAD LOCAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0987895351.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	N61X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-26	13:14	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-06-26	13:14	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

