

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	BARBERAN	CARELYS JULIETH	19	11	2019	5 años, 8 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353270133	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LIMON 1 y	096-254-2553 / (00)-000-0000
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	1353270133	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	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 QUE ACUDE POR REVISIÓN DE LABORATORIO AL PRESENTA DESDE HACE DOS MESES AUMENTO DE LAS MAMAS DE PREDOMINIO DERECHO, ECOGRAFÍA MAMARIA REPORTA DILATACIÓN DE CONDUCTUS SUBAEREOLAR Y PROLIFERACIÓN DE ESTROMA PERIDUCTAL EN MAMA DERECHA Y MAMA IZQUIERDA CON LIGERA DILATACIÓN DE CONDUCTOS SUBAREOLARES Y PROLIFERACIÓN DE ESTROMA DUCTUAL. TSH 2.10 PROLACTINA 10.06 FSH 2.70 LH 0.20 HB 12.70 HTC 36.70 GB 5600 GR 4.760.000 AL EXAMEN FÍSICO MAMA DERECHA AUMENTA DE TAMAÑO EN RELACIÓN A LA IZQUIERDA. NO ADENOPATÍAS APP: PAPÁS REFIERE QUE AL AÑO DOS MESES PROLACTINA SI ESTABA ELEVADA. INGRESO POR COVID/DENGUE ADEMÁS MASTOIDITIS. 0962542553

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LA MAMA	N62X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	14:28	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
2025-07-29	14:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	