

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUAREZ	VERA	SCARLETH JULIETTE	17	05	2026	0 años, 2 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354837104	MANABI	CHONE	CANUTO	CORDOVA y	096-331-6961 /
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	1354837104	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	22
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 A VALORACIÓN MÉDICA, EN QUIEN DURANTE EL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA AUSENCIA DE PEZÓN EN MAMA DERECHA CON PRESENCIA DE AREOLA CONSERVADA, HALLAZGO REFERIDO POR LA MADRE COMO PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO, SIN ASOCIACIÓN A DOLOR, SECRECIÓN, CAMBIOS INFLAMATORIOS NI OTRA SINTOMATOLOGÍA. SE SOLICITA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL DEL HALLAZGO, DOCUMENTACIÓN DE POSIBLE ALTERACIÓN CONGÉNITA DEL DESARROLLO MAMARIO, DESCARTAR ALTERACIONES ASOCIADAS Y ESTABLECER CONDUCTA Y SEGUIMIENTO DURANTE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PACIENTE. PACIENTE ACTUALMENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE CUENTA CON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS AL MOMENTO. COMO HALLAZGO CLÍNICO RELEVANTE DURANTE LA VALORACIÓN FÍSICA SE EVIDENCIA AUSENCIA DE PEZÓN EN MAMA DERECHA CON PRESENCIA DE AREOLA CONSERVADA, REFERIDO POR MADRE COMO PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL, SECRECIÓN, DOLOR, RETRACCIONES NI ALTERACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS. SE INDICA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA SEGÚN CRITERIO ESPECIALIZADO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA MAMA	Q838	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	10:22	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
					 Validar únicamente en FirmaBC. Firmado electrónicamente por: MABEL MARIA PALMA GARCIA

Contrarefiere o Referencia inversa a:

			/				
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
2026-07-22	10:22	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	