

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BONE             | GARCIA           | MARIA ISABEL | 05                  | 05  | 1979 | 46 años, 9 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1720913837        | MANABI              | CHONE  | RICAUORTE | SESME y                      | 099-944-8571 /      |
| 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                 | 1720913837      | SESME                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 02  | 13  |
| 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 46 AÑOS ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MASA DOLOROSA EN MAMA DERECHA, SE EXAMINA PACIENTE EVIDENCIANDO MASA MOVIL DOLOROSA, NO ADHERIDA PLANOS PROFUNDOS, DE CONSISTENCIA DURA EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA DERECHA, PACIENTE REFIERE EXACERBACION DE CUADRO CLINICO EN DIAS PREMENSTRUALES, ASOCIADOS A CEFALEA. PACIENTE REFIERE QUE EN AÑOS ANTERIORES MASA APARECIO PERO CON EL TIEMPO DESAPARECIO, SE INDICA ECOGRAFIA Y SE CITA CON RESULTADO PARA POSTERIOR REFERENCIA CON GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA DOLOROSA EN MAMA DERECHA, SE EXAMINA PACIENTE EVIDENCIANDO MASA MOVIL DOLOROSA, NO ADHERIDA PLANOS PROFUNDOS, DE CONSISTENCIA DURA EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA DERECHA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA | D486   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-13 | 11:55 | Medicina Rural | KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO | 1313408427 |  |

Firmado electrónicamente por:  
ESTEFANIA ZORAYDA  
SAAVEDRA MOREIRA  
Validar únicamente con FirmaEC

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                                                                                 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-13 | 11:55 | Medicina Rural | KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO | 1313408427 |  |

Firmado electrónicamente por:  
KEILY MISHEL  
VILLAMIL ZAMBRANO  
Validar únicamente con FirmaEC