

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ULLAGUARI	ATENEA	25	07	2017	7 años, 11 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1758215139	MANABI	CHONE	SANTA RITA	GABRIEL HUERTA y FRANCISCO COBO	099-111-2838 / (02)-511-0189
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	1758215139	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	24
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 DE 7 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MAMA. ACUDE EL DIA EN COMPAÑIA DE SU MAMA ISABELLA ULLAGUARI. AL DIA DE HOY ACUDE POR CONTROL SUBSECUENTE DE LESION A NIVEL DE GLANDULA MAMARIA IZQUIERDA. AL DIA DE HOY SE ATIENDE PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO, CON PRESENCIA DE EDEMA A NIVEL DE GLANDULA MAMARIA IZQUIERDA. AL INTERROGATORIO REFIERE CONTINUAR CON DOLOR A NIVEL DE LA GLANDULA MAMARIA IZQUIERDA A PESAR DE RECIBIR TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MASA A NIVEL DE GLANDULA MAMARIA IZQUIERDA, MASA MOVIL, DESPLAZABLE SOBRE PLANOS SUPERFICIALES, CON BORDES BIEN DEFINIDOS, DIAMETRO DE 8 CM, DE ASPECTO REGULAR, BLANDA A LA PALPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	08:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-07-24	08:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

