

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DIAZ	TAPISQUEN	FRANCIS FELICIA	30	06	1988	37 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	18126048	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y PICHINCHA	099-810-8399 /
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	FRFDIT99198806308	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	09	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

DOLOR EN SENO DEL LADO DERECHO DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS - MAS ACENTUADO AL TENER CICLO MENSTRUAL . SE PALPA MASA EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO- REFIERE SALIDA DE LIQUIDO NEGRUZCO DEL SENO DERECHO AL PRESIONARSE - NO SE PERCIBE GANGLIOS AXILARES NI CERVICALES
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECO LADO DERECHO: CUADRANTE INFERIOR DERECHO PRESENCIA DE NODULO (BI-RADS 4A) DE FORMA OVALADA CRECIMIENTO PARALEO HIPOECOICO LIMITE BORROSO CIRCUNSCRITO A A MICROCALCIFICACIONES DE TAMAÑO DE LESION 2.81CM X 1.69 CM QUISTE SIMPLE DE FORMA OVALADA DE 0.81 CM X 0.44 CM - DILATACION DE CONDUCTOS MAMARIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASTOPATIA QUISTICA DIFUSA	N601	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	11:23	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN
CERCADO PLUAS
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 clínico

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
2025-09-25	11:23	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	