

*Clínica  
Hospital Médico  
Norte*  
*Viernes 2 p.m.*



ASOCIACION NACIONAL CONTRA EL CANCER

## HOJA DE REFERENCIA

REFERENCIA PARA

☒ ULTRASONIDO

☐ MAMOGRAFIA

NOMBRE

*Karla María*

CEDULA

*9-775-417*

EDAD

*13 años*

DIRECCION

*La Remedios La Poma*

TEL.

No. SEG. SOC.

TAMAÑO	
No mayor de 2 cm.	<input type="checkbox"/>
Mayor de 2 cm. y no mayor de 5 cm.	<input type="checkbox"/>
Mayor de 5.5 cm y no mayor de 10 cm.	<input type="checkbox"/>
Mayor de 10 cm.	<input type="checkbox"/>

☒ MASA

☐ INDURACION

☐ MULTINODUL

☒ DOLOR

☐ PIEL RETRAIDA

☐ SECRECION

☐ OTROS

\* PREPARACION: USAR BLUSA Y FALDA O PANTALON  
\* NO PONERSE TALCO, PERFUME EN LAS MAMAS.

MARQUE EL SITIO DE LA LESION

REFERIDA A

*Dr. Demónico A. Melillo M.*  
*Ancestris Calle 2da*

DIRECCION

*Ginecólogo - Obstetra*  
*Colposcopista - ANCC*  
*Cod. 7576 Reg. 2382*

TEL.

COSTO: B/

/ DONACION A A.N.C.E.C. B/

/ PAGAR POR PACIENTE

☒ B/

☐ B/

