

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                         |           |                                |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                     | 001414    | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C      | 1316336203                       |                   |

|                 |                  |               |                |      |                  |      |                         |   |   |   |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Mera            | Holguin          | Ivens         | Said           | H    | 24-04-2003       | 21   | H                       | D | M | A |
|                 |                  |               |                |      |                  |      |                         |   |   | X |

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0997462720 / 0989535651

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIACANTÓNPARROQUIA

131315131550

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                          |                  |              |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Ginecologia  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MASCULINO DE 21 AÑOS QUIEN ACUDE PREOCUPADO POR AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN SUBMANDIBULAR DERECHAAL EX. FÍSICO: SE CONSTATA TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS DE 1CM DE DIAMETROLA ECOGRAFIA REPORTA: QUISTE TIROGLOSO POR LO QUE SE REFIERE A CIRUGÍA PARA ADECUADA EXERESIS POR TECNICA DE SISTRUNK.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LA ECOGRAFIA REPORTA: QUISTE TIROGLOSO- SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                     |      |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|-------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                 | PRE  | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | Nodulo Tiroideo Solitario No Toxico | E041 | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                     |      |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                     |      |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                    |              |               |                 |                  |
|--------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-09-26         | 01:32        | Karen         | Lopera          | Rodriguez        |

|                                       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO |
| 1310488075                            |       |       |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
|  |  |  | // |
|--|--|--|----|

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |
|--|
|  |
|--|

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |
|--|
|  |
|--|

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |