



| 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                                                  | Convento                            |               | CS        | 1352512642                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             |                          | SEGUNDO APELLIDO                                        |                                     | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| Giler                                                       |                          | Parraga                                                 |                                     | Libi          |           | Alejandro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | H                 | 14-11-2016       | 8    | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                            | D                        | M                               | A                        |                             |                          |                                    | X                        |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| H                                                           | D                        | M                                                       | A                                   |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
|                                                             |                          |                                                         | X                                   |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                          |                                                         |                                     | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 097-873-1057                                                |                          |                                                         |                                     | X             |           | <table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | 1. Accesibilidad geográfica. | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | 2. Falta de espacio físico. | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de equipamiento. | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Equipos en mal estado. | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> | 5. Problemas de infraestructura. | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 1. Accesibilidad geográfica.                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 2. Falta de espacio físico.                                 | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 3. Falta de equipamiento.                                   | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 4. Equipos en mal estado.                                   | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 5. Problemas de infraestructura.                            | <input type="checkbox"/> |                                                         |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                          |                                                         |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN                   | PARROQUIA                                               |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |
| 13                                                          | 1303                     | 130353                                                  |                                     |               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                              |                          |                                 |                          |                             |                          |                                    |                          |                           |                          |                                    |                                     |                           |                          |                                                         |                          |                                  |                          |  |  |

| 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 | Pediatría    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD TRAI DO POR S U MADRE POR PRESENTAR QUISTETIROGLOSO. TRAE INFORME ECOGRÁFICO DEL 20/09/2023 DE PARTES BLANDAS EL CUAL REPORTA QUE SE REALIZA RASTREO DEPARTES BLANDAS A NIVEL DE LA REGION CERVICAL ANTERIOR LINEA MEDIA OBSERVANDO QUISTE SIMPLE (QUISTE TIROGLOSO) MIDE19X6.8X17 MM- VOLUMEN 1CM3- RESTO DE TIROIDES NORMAL. MADRE TRAE TAC REALIZADA EL 11/6/2024 SIN INFORME Y NO SEPUEDE OBSERVAR EL CD. ELLA REFIERE QUE SE LE S UGIRIÓ NUEVO CONTROL TOMOGRÁFICO EN 1 AÑO. AL EXAMEN FÍSICO SE PALPAMASA MOVIL DURA NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIAMENTRO EN REGION ANTERIOR DE CUELLO A LAALTURA DE TIROIDES. MASA ES VISIBLE. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN POR PEDIATRÍA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORME ECOGRÁFICO DEL 20/09/2023 DE PARTES BLANDAS EL CUAL REPORTA QUE SE REALIZA RASTREO DE PARTES BLANDAS ANIVEL DE LA REGION CERVICAL ANTERIOR LINEA MEDIA OBSERVANDO QUISTE SIMPLE (QUISTE TIROGLOSO) MIDE 19X6.8X17 MM-VOLUMEN 1CM3- RESTO DE TIROIDES NORMAL. |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                         | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Malformaciones Congenitas De Otras Glandulas Endocrinas |                                    | Q892 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                         |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                         |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-03                            | 10:26           | Maria         |  | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |