

| 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           | Chone                    |                                  | CS-C      | 1304811316                         |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                      | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Caicedo                                                     |  | Caicedo          |                          | Cristina                         |           | Susana                             |  | M                         | 08-10-1966        | 58                                                      | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                    |  |                           |                   |                                                         | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                    |                   |                                                         |                         |
| 096-855-8573                                                |  |                  |                          | X                                |           |                                    |  |                           |                   |                                                         |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                           |                   |                                                         |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                          | CANTÓN                           |           | PARROQUIA                          |  | 3. Falta de equipamiento. |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                          | 1303                             |           | 130350                             |  | 4. Equipos en mal estado. |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                    |  |                           |                   | 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 |  | Endocrinología |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA DE CUELLO REFIERE QUE HAPRESENTADO ODINOFAGIA- ASTENIA |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ULTRASONIDO: TOROIDES SIMETRICA LIGERAMENTE HETEROGENEO LOBULO 34MM POR 11MM POR 12MM DE CONTORNO REGULARLIGERAMENTE HETEROGENEO AL MAPEO DOPLER FLUJO NORMAL - PRESENCIA DE NODILO HIPOGENICO DE 4.6 MM POR 3.1MM (TI/RADS2)- VOLUMEN DE LOBULO DERECHO 2.3MM- LOBULO IZQUIERDO 39MM- POR 11MM- POR 12MM CONTORNO NO REGULAR LIGERAMENTEHETEROGENO AL MAPEO NORMAL DOPLER NORMAL ITS MO DE 2.9 MM POR 14MM POR 2-29MM |  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-09-19                            | 09:00           | Andres        |  | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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 |
|                                                                                |  |           |                          |  |           |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |