



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	San Eloy	CS-A	1316929064								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Bazurto	Mendoza	Melany	Jurley	M	21-04-2012	14	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐										
0984366123		MOTIVO										
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	1312	131250	4. Equipos en mal estado. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☐									
			5. Problemas de infraestructura. ☐									

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	Endocrinologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 14 AÑOS APP: AL NACER NEONATO 8 DIAS POR SEPSIS?- APF ABUELO MATERNO HIPERTENSION ARTERIAL- AQX HERNIOPLASTIA UMBILICAL- ALERGIAS NO REFIERE FUM : 15/04/2026. AL MOMENTO REFIERE DISFAGIA SENSACION DE PRESIÓN EN LA GARGANTA- CANSANCIO- CAIDA DE CABELLO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
QUISTE EN LOBULO DERECHO DE TIROIDE TI-RADS II- 3 PEQUEÑAS IMAGENES ECOLUCIDAS DE PAREDES FINAS Y CON REFORZAMIENTO POSTERIOR LA MAYOR 2 MM X 2 MMM	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO 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
2026-05-15	10:09	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	