

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| RODRIGUEZ        | ZAMBRANO         | BELEN KAMELA | 16                  | 01  | 2001 | 25 años, 0 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0930255906        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL VERGEL y                  | 098-670-6433 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 0930255906      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología |  | 2026  | 01  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad   |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

SOLICITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO CON MEDICO ESPECIALISTA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD SEXO MUJER, CON ANTECEDENTE DE BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO , AL MOMENTO SE ENCUANTRA EATABLE, SOLICITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO CON MEDICO ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO CON MEDICO ESPECIALISTA

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO | E042   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 15:59 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO | 1312946617 |       |

## III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

### 2. Resumen del cuadro clinico

### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

### 4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

### 6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 15:59 | Medicina Rural | EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO | 1312946617 |       |

