

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	WALTER GASTON	18	01	1952	74 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301759823	MANABI	CHONE	RICAURTE	SUCRE y WASHINTONG	099-222-4041 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301759823	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	04	13
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

ADUTO MAYOR CON ANTECEDENTES DE CA DE TIROIDES DESDE EL 2014 DE TIPO PAPILAR EL CUAL ESTUVO CON TRATAMIENTO DE YODO RADIOACTIVO EL CUAL REFIERE NO LO CAPTO. LUEGO PRESENTO METASTASIS A PULMON, ADICIONAL PRESENTO CA DE PROSTATA Y PIEL. ACTUALMENE ESTA EN CONTROLES CON ONCOLOGIA (DR MIGUEL CEDEÑO) Y ENDOCRINOLOGIA DR CARLOS GARCIA. SIN AMBARGO HACE 15 DIAS APROXIMADAMENTE EMPEZO CON EPISTAXIS INTENSAS. PACIENYE AL MOMENTO SE ENCUENTRA TOMANDO LEVANTINID. CON ESTOS EPISODIOS DE EPISTAXIS HA NECESITADO ASISTENCIA MEDICA EN AREAS DE EMERGENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS ORGANOS RESPIRATORIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS	C783	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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 clínico

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
2026-04-13	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	