

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	SOLORZANO	DOLORES MONSERRATE	10	05	1958	66 años, 6 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304190687	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BELLAVISTA BAJA y	099-360-4519 /
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	1304190687	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Endocrinología	2024	12	06
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

PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO, GASTRITIS CRONICA, APQX: HISTERECTOMIA TOTAL, ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO, AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE METEORISMO, DOLOR ABDOMINAL PUNZANTE, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TIROIDES: LOBULO DERECHO PRESENCIA DE NODULOS ISOECOGENICOS DE 12.1MM * 4.8MM DE 7.2MM X 4.9MM. - - ESTEATOSIS MODERADA DE HIGADO - CAVIDAD ABDOMINAL DISTENCION DE ASAS POR GASES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-06	10:03	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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