

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PALACIOS         | CEDEÑO           | DOLORES OLIVIA | 31                  | 12  | 1955 | 69 años, 9 meses, 20 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304526724        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SITIO BEJUCO y               | 099-793-3732 /       |
| 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                 | 1304526724      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Endocrinología | 2025  | 10  | 21  |
| 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 DE 69 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 50% CON ANTECEDENTES DE HTA FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA ODINOFAGIA - CANSADA. VALORACION ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: LOBULO DERECHO PRESENCIA DE NODULO TIRADS A4 ISOEICOCO MAL DEFINIDO PRESENCIA DE FLUJO CENTRAL Y PERIFERICO . NODULO TIRADS 4C HIPOEICOICO MAL DEFINIDO PRESENCIA DE FLUJO CENTRAL Y PERIFERICO NODULO TIRADS 4B MAL DEFINIDO SIN CALCIFICACIONES VOLUMEN TOTAL DE TIRIODES 9.5 CM

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO | E041   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          |                           |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-21 | 14:02 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 | <div>Validado electrónicamente por:<br/>LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO<br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-10-21 | 14:02 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |       |

