

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |              |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| CEDEÑO           | ZAMBRANO         | NORMA ALEIDA | 15                  | 10  | 1957 | 68 años, 7 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                              |                      |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304863689        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | UNIDOS VENCEREMOS y X        | 098-094-3152 /       |
| 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                 | 1304863689      | 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 | 2026  | 06  | 01  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad   | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR MASA DE GRAN TAMAÑO A NIVEL DEL CUELLO, CON ANTECEDENTES DE HTA DE LARGA DATA SIN TRATAMIENTO, SOLICITA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGIA PARA MANEJO Y SEGUIMIENTO, POR CUADRO DE BOCIO DIFUSO, AHORA MENCIONA CEFALEA HOLOCRANEANA DE LEVE EPISODICA, TOS NO PRODUCTIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIAN ESTUDIOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| BOCIO NO TOXICO, NO ESPECIFICADO | E049   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-06-01 | 08:52 | Medicina General | JULIO CESAR GARCIA OLEA | 1310810385 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-06-01 | 08:52 | Medicina General | JULIO CESAR GARCIA OLEA | 1310810385 |       |