

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SAAVEDRA	PAULA ALFREDINA	02	03	1964	60 años, 9 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304909573	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y SD	096-710-0391 / (99)-999-9999
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	1304909573	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	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 resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 60 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO ACUDE CON ECOGRAFIA DE APROXIMADAMENTE 1 MES EN DONDE SE REPORTA BOCIO TIROIDEO Y NODULO ESPONGIFORME. NO PRESENTA HORMONAS TIROIDES. PACIENTE REFIERE EPISODIOS DE SENSACION DE PRESION EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA Y PERDIDA DE PESO. SE ENVIA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA PARA VALORACION DEL CASO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 60 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO ACUDE CON ECOGRAFIA DE APROXIMADAMENTE 1 MES EN DONDE SE REPORTA BOCIO TIROIDEO Y NODULO ESPONGIFORME. NO PRESENTA HORMONAS TIROIDES. PACIENTE REFIERE EPISODIOS DE SENSACION DE PRESION EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA Y PERDIDA DE PESO. SE ENVIA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA PARA VALORACION DEL CASO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS BOCIOS NO TOXICOS ESPECIFICADOS	E048		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-06	08:43	Medicina Rural	CARLOS ANDRES ALARCON MERO	1312209537	

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
2024-12-06	08:43	Medicina Rural	CARLOS ANDRES ALARCON MERO	1312209537	

