

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	VILLAMAR	ANGELA VITALINA	06	08	1966	58 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307669604	MANABI	CHONE	RICAUARTE	GARRAPATILLA y	099-726-2721 /
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	1307669604	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2024	10	29
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 58 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, ACUDE A LA UNIDAD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EDEMA GENERALIZADO, ACOMPAÑADO DE PIEL SECA Y BRILANTE. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, EN CUELLO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE BOCIO TIPO 1b, PULMONES CLAROS, CON BUENA ENTRADA DE AIRE, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LAPALPACIÓN, SE EVIDENCIA EN EXTREMIDADES PRESENCIA DE EDEMA LEVE. RESTO DE EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES. EN EOCGRAFIA REPORTA BOCIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-29	08:40	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
2024-10-29	08:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	