

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VERA             | ARTEAGA          | MARIA DOLORES | 05                  | 07  | 1974 | 50 años, 5 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308136348        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VERGEL y                     | 099-651-2465 /       |
| 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                 | 1308136348      | 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 | 2024  | 12  | 13  |
| 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 CON APP DE HTA PRESENTA ODINOFAGIA- DISFONIA DESDE HACE 1 MES . TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA TIROIDEOS . TIRAS D  
2. VALORACIÓN ESPECIALIZADA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO:QUISTE COLOIDEOS DE LOBULO DERECHO . NODULO ESPONGIFORME DE LOBULO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          |                                                                                     |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-12-13 | 10:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |  |

Firmado electrónicamente por:  
LADY ALEXANDRA  
RIVAS PROAÑO

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2024-12-13 | 10:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |       |