

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                   |                          |                                  |           |                                  |                                                         |                   |                                 |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO |                                 |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  | 1246              | CS TOSAGUA               |                                  | C         | 1309464962                       |                                                         | 1309464962        |                                 |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                            | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MENDOZA                               |  | DELGADO           |                          | ROSA                             |           | ALBA                             | F                                                       | 09/11/1976        | 49                              | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN                                              |                   |                                 |                         |   |   |   |
| 0963718491 - 0963135389 - 0963129448  |  | NO REGISTRA       |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO                                                  |                   | 6. Problemas de abastecimiento. |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   | X                               |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |           | X                                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |                                 |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                          |           |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |                                 |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |                                                         |                   |                                 |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                |
|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD   |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | ENDOCRINOLOGIA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON APP DE DISCAPACIDAD VISUAL 63%, HIPOTIROIDISMO EN TTO CON LEVOTIROXINA 75mg UNA TABLETA AL DIA, MIGRAÑAS CON TTO CON SUMATRIPTAN 50mg UNA TABLETA AL DIA + IBUPROFENO 600mg CUANDO HAY DOLOR, PAROTIDITIS A REPETICION DE LARGA DATA DE EVOLUCION SIN CAUSA APARENTE, SE HA HECHO VARIOS EXAMENES, INCLUSO BIOPSIA DE PAROTIDA, SALIENDO NEGATIVA. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

TIROGLOBULINA 28.5 ng/dl., T3: 2.53pg/ml, T4: 1.28 ng/dL, TSH: 9.95 uU/ml

SE OBSERVA Y SE PALPA AUMENTO DE VOLUMEN DE PAROTIDA DERECHA, DOLOROSO A LA PALPACION.

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                       |      |     |     |    |     |     |     |
|----|---------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO    | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. | HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO       | E039 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. | TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA | D110 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3. |                                       |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 04/02/2026                            | 3.10 pm         | JUAN JOSÉ     |  | ZAMBRANO        |  | PINCAY           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1310509771                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |  |                        |    |    |  |
|------------------------|----|----|--|------------------------|----|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA       |    |    |  | REFERENCIA INVERSA     |    |    |  |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    |                                    |     |     |     |    |     |     |     |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. |                                    |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2. |                                    |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                    |     |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |