

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	1310016777		1310016777					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DOMINGUEZ		DOMINGUEZ		FATIMA		SORAYDA	F	19/01/1980	45	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
0986900759 - 0968326738		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		X		8. Inadecuada capacidad resolutiva					
				4. Equipos en mal estado.				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 AP DE SOBREPESO, REFIERE AUMENTO DE VOLUMEN EN EL CUELLO CON SINTOMAS COMO DIFICULTAD PARA RESPIRAR DESDE HACE +/- 5 MESES, ACOMPAÑADO DE DISFAGIA Y CAMBIO DE LA VOZ, CANSANCIO, FATIGA Y SENSACIÓN DE DEBILIDAD Y CAÍDA DE CABELLO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESOECIALIZADA. NO CONTAMOS CON EXAMENES ESPECIFICOS.

ECOGRAFIA DE CUELLO: TIROIDES: SUGESTIVA A NODULO TIROIDEO BILATERAL (DERECHO 4.1mm x 6.5mm) VOLUMEN 1.31cc, (IZQUIERDO 4.6mm x 6.5mm) TIRADS II. VOLUMEN 1.27cc.

TIROIDES: QUERVAIN POSITIVO.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO	E042		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
21/10/2025	9.24 am	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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	