

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de la P.blin	UNICÓDIGO 1245	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS en h. Jm	TIPOLOGIA C	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1210963221	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO SALTOS	SEGUNDO APELLIDO Zamora	PRIMER NOMBRE Mercedes	SEGUNDO NOMBRE de Jerez	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 7/9/81
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0990397723		REFERENCIA ☒		DERIVACIÓN ☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Calle 10 de Agosto		MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A ☐ ☐ ☐ ☒	
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Jm	PARROQUIA Jm			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de la P.blin	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Endocrinología
--	--------------------------	------------------------------	--------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente femenino de 31 años de edad, por antecedentes de inter. Acude a consulta refiriendo que desde hace 8 meses ha presentado leve malestar al despertar acompañado de cansancio físico, pérdida de apetito, insomnio y en los últimos meses ha notado aumento de volumen de la región anterior del cuello.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Examen de Tiroidea: Glándula Derecha Aumentada de Tamaño mide 5x1.8x2 cm Volumen 9.8 cm³ (09/9/14) Hacia tiroide aumentada 7mm; Glándula Izquierda: de Tamaño Aumentado 4.9x2x2.6 cm Vol. 11.4 cm³ (09/9/14) Vasculatura aumentada.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Bocio Difuso No Tóxico			E040	*		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 12/09/14	HORA (hh:mm) 14:11	PRIMER NOMBRE Rm	PRIMER APELLIDO Gonz	SEGUNDO APELLIDO Dz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 131218117	FIRMA	SELLO Dr. Ronald Loor Quiroz ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR SENECYT-CU-15-12036		

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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
--------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------