

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         | 1311675688                       |  | 1311675688                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ORMAZA                                |         | ALAVA             |                          | VIRGINIA                         |           | ASUNCION                         |  | F                                                       | 15/08/1956       | 69   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                |  | DERIVACIÓN                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| 0983641885 - 0960535847               |         | NO REGISTRA       |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | X                                |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  |                   | PARROQUIA                |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA |                   | TOSAGUA                  |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |

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 HTA CON TTO CON IBERSARTAN 150mg UNA TABLETA AL DÍA, REFIERE MASA A NIVEL DE CUELLO, QUE HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO PROGRESIVAMENTE DE +/- 1-2 AÑOS DE EVOLUCIÓN ACOMPAÑADO DE DISFONIA Y DISNEA A REPETICIÓN, NIEGA ALGUN OTRO SINTOMAS, SE ENVIA EXAMENES PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

ECOGRAFIA DE CUELLO: TOPOGRAFIA TIROIDEA: SE VISUALIZA **MASA QUE MIDE 100 x 40mm**, DE BORDES REGULARES , HETEROGENEA A PREDOMINIO ECOGENICO CON PEQUEÑAS ZONAS ANEOICAS DE ASPECTO QUISTICO, AL DOPPLER COLOR **PRESENTA FLUJO VASCULAR CENTRAL Y PERIFÉRICO**, NO INVADE LOS TEJIDOS BLANDOS NI VASCULARES PERIFÉRICOS. EN NIVELES GANGLIONARES CERVICALES NO SE UBICAN LESIONES QUE REPORTARSE. ID: MASA TIROIDEA QUE PODRIA RELACIONARSE CON **BOCIO. TIRADS 3.**

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                                    |      |     |     |    |  |     |     |     |
|----|----------------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                 | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. | TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO | E079 | X   |     | 4. |  |     |     |     |
| 2. | OTROS BOCIOS NO TOXICOS ESPECIFICADOS              | E048 | X   |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                                                    |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 20/08/2025                            | 8.20 am         | JUAN JOSÉ     |  | ZAMBRANO        |  | PINLAY           |  |
| 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            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |