

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AYOBI	LOOR	PATRICIA MARIBEL	09	10	1982	42 años, 3 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311821332	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRÉS y	099-194-0850 /
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	1311821332	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2025	01	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD. APP EPOC. ALERGIAS: NO REFIERE. APF NO REFIERE. ACUDE EL DAI DE HOY PARA REVISION DE RESULTADO DE BIOPSIA DONDE REPORTA RESULTADOS DE CITOLOGIA: PAAAF DE LESION EN LOBULO TIROIDEO DERECHO, TUMOR FOLICULAR A NIVEL DE LA TIROIDES, SOSPECHOSO DE NEOPLASIA FOLICULAR BETHESDA 4.AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MASA PALPABLE DE 10-15 CM EN CUELLO, ASIMETRICA, DE BORDES MAL DEFINIDOS, CONSISTENCIA SOLIDA, ADHERIDA A PLANOS PROFUNDOS, NO DOLOROSA A LA PALPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TUMOR FOLICULAR BETHESDA 4

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	C73X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	11:25	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-01-28	11:25	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	