

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		1410	HBAGA	B	1311958464	1311958464						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CARRANZA	LOOR		ROSA		ELIANA	F	10/9/1986	38	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
0985687201							MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL							6. Problemas de abastecimiento.		X			
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.		X			
MANABI	BOLIVAR		CALCETA				8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
							9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			
							1. Accesibilidad geográfica.					
							2. Falta de espacio físico.					
							3. Falta de equipamiento.					
							4. Equipos en mal estado.					
							5. Problemas de infraestructura.					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PCTE DE 38 AÑOS,REFIERE ANTECEDENTES DE TIROIDES CON TRATAMIENTO CON EUTIROX,HO:G3P0A0C3,,OVARIOS POLIQUISTICOS,QUE NO SE RELACIONA LA IMAGEN CON EL DIAGNOSTICO NI CON CUADRO CLINICO DE LA PCTE,HOY CON PROLACTINA DISCRETAMENTE ELEVADA,Y PAPANICOLAU INFLAMACION MODERADA SE REALIZA ECOGRAFIA TIROIDES CON BOCIO TIROIDEO TIRADS 2

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TIROTOXICOSIS CON NODULO SOLITARIO TIROIDEO TOXICO	E051		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/7/2025	11H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311550667				

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 CLINICO

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		