

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1312545612	1312545612
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Cedeño	Buñe	Mary	Yolana	F	25-03-37
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO
0988543480					☐ 6 Problemas de abastecimiento ☐ 7 Insuficiencia de profesionales ☐ 8 Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISHIA			
MANABÍ	E. Alfaro				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		C. Externo	Endocrinología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial compensada en control con cardióloga refiere desde hace meses no dolorosa en pecho todo el tiempo que ha dificultad para inspiración profunda de más de dos semanas de evolución

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ecografía: lóbulo izquierdo lesión ocupativa.
Exámenes de laboratorio

E. DIAGNÓSTICO

PRIN. PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PSE	DEF
1. Nódulo tiroideo solitario nódulo				4.
2.				5.
3.				6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26-08-2025		Juan	Cedeño	flor
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
0912634516				

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	TIPOLOGÍA	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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRIN. PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PSE	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 (año-mes-día)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
---------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------