

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		1410	HBAGA		B	1313456780		1313456780	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
LEMONS		TRIVINO		GEMA		M	6/11/1991	34	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		
093 9281890 / 0994325544					MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento:				
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA					7. Insuficiencia de profesionales:				
MANABÍ BOLIVAR CALCETA					8. Inadecuada capacidad resolutoria:				
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios:				
					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		ORL	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD, CON APP DE OBESIDAD I (SE INTERCONSULTA A NUTRICIÓN). // NÓDULO DE CUERDAS VOCALES DIAGNOSTICADO HACE 2 MESES EN SEGUIMIENTO EN EL IESS DE PORTOVIEJO. // PRESENCIA DE NÓDULOS EN REGIÓN CERVICAL - TIBIAL POSTERIOR, HACE 1 MES DE EVOLUCIÓN, DONDE REFIERE PACIENTE QUE TODO EMPEZO PROBABLEMENTE A RAÍZ DE APLICACIÓN DE VACUNA DEL COVID-19 EN EL CANTÓN EL EMPALME. // MIOMATOSIS UTERINA HACE 3 AÑOS (YA TRATADA); APF: MADRE (HTA - ECY (ISQUEMICO) + ABUELA MATERNA (CA DE PIEL - CARCINOMA - FALLECIDA); AQX: COLECISTECTOMÍA + CUP (2); AGO: G(2) A(0) P(0) O(2). FUM HACE 20/12/25, PIG HACE 9 AÑOS, PLANIF: PASTILLA (MILEVA 35); ALERGIAS: NIEGA; COBRA BONO: NO; QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD, AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, EN COMPAÑÍA DE UN FAMILIAR, CONCIENTE, FACIE TRANQUILA, CONSTITUCIÓN LONGUILINEO, ACTITUD SENTADA, SIN TRASTORNO DE LA MARCHA; AL MOMENTO DE CONSULTA, AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, LUCIDA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, NO REFIERE SIGNOS DE ALARMA EPIDEMIOLÓGICA. PRESENTA CUADRO CLÍNICO RECURRENTE CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE GRANDES NÓDULOS A NIVEL DE HEMICUELLO DERECHO, ASOMPAÑADO DE DOLOR + INFLAMACIÓN + ALZA TÉRMICA + LIMITACIÓN LEVE DE MOVIMIENTO + PARESTESIA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO + MALESTAR GENERAL. RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN HEARTS: ALTO POR LO QUE SE PRESCRIBE ESTATINAS (SIMVASTATINA 20 MG TABLETAS QD-PM), FILTRADO GLOMERULAR: 122 ml/min/1.73 m² - RANGO NORMAL. TEST FINDERIS: 6 PUNTOS (RIESGO BAJO). PRESENTA EXÁMENES REALIZADOS ACTUALIZADOS Y REVISADOS DURANTE CONSULTA DONDE RESALTA: LEUC 17.4***, PLQ 410***, HCM 26.9***, ASTO 209.8***. IVU. SE REALIZA TAMIZAJE ITS DURANTE CONSULTA: NEGATIVO. PRESENTA RESULTADO DE EKG: "RITMO SINUSAL - RSR PATTEM (V1, V2) - BORDERLINE NORMAL". PRESENTA RESULTADO DE ECOGRAFÍA DE CUELLO (22/12/25) DETALLA: "ADENOMEGALIAS CERVICALES DE ASPECTO INFLAMATORIO/REACTIVO DE NIVELES Ib, IIa Y b; III. DE GRAN TAMAÑO Y EN CADENAS, DONDE SE SUGIERE COMPLEMENTAR CON PAAF PARA DETERMINACIÓN CITOLÓGICA". GLÁNDULA TIRIDES DE ASPECTO NORMAL, NO SE VISUALIZA ADENOMEGALIAS	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO							
PRESENCIA	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-09	11H	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		TIPOLOGÍA

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							
PRESENCIA	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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	