

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	CHICA	JOSE STALIN	11	04	1993	31 años, 8 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313730374	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COTOPAXI y	099-759-0608 /
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	1313730374	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2024	12	26
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 31 A ,AP: CA TIROIDE (DIAGNOSTICADO 2023), AQX: TIROIDECTOMIA TOTAL (DICIEMBRE 2023), AF: DM ABUELOS, HTA ABUELOS, CA UTERO, CA TIROIDES PRIMA DE MAMA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN CONTROL ENDOCRONOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PERO POR MOTIVO DE PERDIDA DE CITA NECESITA REFERENCIA PARA CONTINUAR CON CONTROLES. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN ESPERA DE TURNO PARA RECIBIRE CITA PARA YODO RADIOACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE LLEVA CONTROLES CON ENDOCRINOLOGIA EN HNDC POR DX DE CA DE TRIOIDES , TIROIDECTOMIA TOTAL REALIZADA, SE SOLICITA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-26	22:11	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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 clínico

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
2024-12-26	22:11	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	