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	1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1313829911	1313829911

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
RAMIREZ	VERA	MARIA	CONCEPCION	F	06/11/1997	28				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
961418269	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARP

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	X
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X
5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	ONCOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 28 AÑOS ACUDE POR DOLOR EN EL CUELLO EN LADO DERECHO Y POR PALPARSE UNA MASA DE 4 DIAS DE EVOLUCION, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, ANTECEDENTE FAMILIARES DE CANCER DE ESTOMAGO Y TIAS CON ENFERMEDAD TIROIDEA, SE REALIZA ECOGRAFIA QUE REPORTA EN LOBULO DERECHO PARENQUIMA DE ECOGENICIDAD HETEROGENEA, CAPSULA IRREGULAR, BORDES DEFINIDOS, ANORMAL, DE 4CMX 2.20 CM X 1,99 CM, CON FORMACION HETEROGENEA PARENQUIMA MIXTO DE BORDES IRREGULARES, GRUESOS, CALCIFICACIONES Y HALO INFLAMATORIO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA: NODULO TIROIDEO DERECHO TIRADS 4

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE	D449		X	4.				
2.	GLANDULA ENDOCRINA NO ESPECIFICADA				5.				
3.					6.				

HOSPITAL BASICO SAN ANDRES FLAVIO ALFARO 1347 3203 DIRECCION MANABI

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/12/2025	12:00	TAYNOVA	SILVA	ZAMBRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1312582487	*TAYNOVA SILVA*	Firmado electrónicamente por: TAYNOVA DOLORES SILVA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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