

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha de Registro			Edad	Sexo
CASTRO	JARA	KIMBERLY CAROLINA	21	09	1999	14 años, 10 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	Nº Telefónico
ECUATORIANA	ECUADOR	1313838896	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	25 DE SEPTIEMBRE y BALTAZAR GARCIA	099-963-9388 /
Ver Instrucción	Describe País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Corrección/ Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Dirección / Zona
MSP	1313838896	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C- MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13007 / ZONA
		Refiere o Deriva a:		
		HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General
		Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad
				2025 08
				día mes

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

USUARIA CON PRESENCIA DE TUMORACIÓN EN ZONA ANTERIOR DE CUELLO DE BORDES IRREGULARES. NO MOVIL. NO DOL. CAMBIOS EN HORMONAS TIROIDEAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS TIROIDEAS NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico

TUMOR BÉNIGNO DE LA GLÁNDULA TIROIDEA

CIE-10

D30.0

PRE

DEF

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

156-3939

FIRMA



EDGAR RENATO LEONES GÓMEZ

III. CONTRAREFERENCIA / REFERENCIA INVERSA

Ministerio de Salud Pública
Edgar Renato Leones Gómez
CÓD. MSP. DNORCES 00672
CALIFICADO AUTORIZADO

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Nº. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Contrareferencia e Referencia Inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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 complejidad

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

FIRMA

EDGAR RENATO LEONES GÓMEZ

156-3939

2025-08-18

13:44

Medicina General