

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		1246	CS TOSAGUA		C	1317047841		1317047841					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		MOREIRA		LILIA		ANDREINA	F	22/05/1999	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0981530217 - 0980361514		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
				3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
				4. Equipos en mal estado.		X	8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		ENDOCRINOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON AP DE SALUD APARENTE, FUE VALORADA POR NEUROLOGIA POR CUADROS RECURRENTES DE CEFALEA, ANSIEDAD, NERVIOS Y TEMBLORES FINOS DE LA MANOS, POR LO QUE RECOMENDO CAMBIO DE ANTICONCEPTIVOS Y PREESCRIBIO: CLONAZEPAN 2.5MG/ML , DESVENLAXIA 50MG , PROTOLIF 10MG, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS PR ALGUNOS DIAS, PERO VOLVIERON A APARECER ACOMPAÑADO DE MOLESTIAS PARA TRAGAR, CEFALEA, TEMBLOR EN MANO DERECHA, POR LO QUE SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACION ENDOCRINOLOGICA.

ECOGRAFIA . DRA. YADIRA RIVERA RASURY. 05/11/2024: NODULO TIROIDEO EN LOBULO DERECHO. QUISTE SIMPLE TIROIDEO EN LOBULO IZQUIERDO.

UNILAB. 06/11/2024. TSH: 0.32 uIU/ml, T3 LIBRE: 2.11 pg/ml, T4 LIBRE: 0.76 ng/dl, FSH: 2.97 mUI/ml.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1. NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO		E041		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
06/11/2024	11.30 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

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

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	