

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	1268	CS Agua Fria	A	1317201190	1317201190					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Ybarra	Oscar	Adrián	H			H	D	M	
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0963682586 - 0963219059		X				1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISIA								
Manabí	Juín	Juín								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP	Hosp. Napoléon Darula C.	Consulta Externa Medicina Interna

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente masculino de 21 años de edad, acude por presentar imágenes de aspecto ovalado bordes irregulares sugestivas de ganglios locales univel de región lateroexterna izquierda en un (5) con vol. 0.62x0.18x0.04x0.02 y 0.08, 0.54x0.29x0.132 y a nivel submentonario 0.70x0.40x0.12x0.02. En región tiroidea signos ecográficos sugestivos de nódulos generalizados.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Imágenes (5) de aspecto ovalado bordes irregulares sugestivas de ganglios locales en región lateroexterna izquierda en región submentonaria. En región tiroidea evidenciados signos sugestivos de nódulos generalizados a nivel general de nódulos tiroideos doppler local contralateral.	

E. DIAGNÓSTICO	
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO
1. Linfadenitis de cuello, cabeza y cara	2040 X
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)
06:02-2026	16:00
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
1304278326	
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
Luz	Mendoza
SEGUNDO APELLIDO	
Campos	
Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SBNESC. 1023-2022-2471525	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
SI NO	SI NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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
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)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA	SELLO