

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 Fría	A	1350401699	1350401699					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Velez	Loza	Yulexi	Estefanía	M	06-06-11	14	H	D	M	
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0989143557		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
Provincia	CANTÓN	PARROQUIA								
Manabí	Junín	Junín								
			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			
							X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital Napoleon Dávila	consulta externa	Endocrinología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Adolescente de 14 años de edad, acude con familiares con resultados de imágenes y de laboratorio paciente adolescente femenina refiere dolor en región lateral del cuello de tipo punzante y de 15 días de evolución donde se evidencia ingurgitación de ganglios locales en región lateral externa del cuello de 9.23 y 0.57 cc. al momento del estudio.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Resultados de Hormonas tiroideas	
TSH (unidades/ml)	0.969
FT4 (libre)	1.2085 ng/dcl
FT3 (libre)	4.523 Pg/ml

E. DIAGNÓSTICO	
1. Hipertiroidismo	PRE-PRESUNTIVO
2. Eutirotoxicosis con nódulo	DEFINITIVO
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
16-01-2026	15:00	Luz	Mendoza
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO	Campos
1309278326			

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

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)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

RATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

AGNÓSTICO	
PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO

RATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	