

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	1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1350493266	1304632837
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
LOOR	MONTES	EVELYN	LIZBETH	F	16/08/2005
Nº TELÉFONO CELULAR O COMERCIAL				EDAD	CONDICIÓN DE EDAD (MARCAR)
988567593				19	H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
No TELEFONO CELULAR O COMERCIAL				REFERENCIA	DERIVACIÓN
				☒	☐

1. Accesibilidad geográfica.

PROVINCIA	CANTÓN	PARRISQUÍA	2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutiva.
			4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.
			5. Problemas de infraestructura.	☒

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital de chone Napoleón Dávila	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE APP: MADRE OPERADA HACE 5 AÑOS CON TIROIDECTOMIA, ACUDE POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA DE TIPO PULSATIL Y PUNSAnte QUE SE EXACERBA CON LOS PERIODOS MENSTRUALES ADENAS REFIERE APARENTE GALACTORREA (SECRECIÓN DE TIPO DE TIPO BLANQUECINA EN AREA DE PEZON), NO REFIERE NINGUN TIPO DE DOLOR EN AREA DE MAMAS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA: NO REVELA NINGUN TIPO DE QUISTE O NODULO MAMARIO
TSH: 3.55
T4 TOTAL: 107.36
T3: 2.55

E. DIAGNOSTICO

PREV PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1	TUMOR BENIGNO DE LA HIPOFISIS	D352	X		4		
2					5		
3					6		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/03/2025	8:00	ERICK	CEDEÑO	MEDRANDA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311855389		ERICK CEDEÑO MEDRANDA		

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	NO	SI	DERIVACION JUSTIFICADA	NO	SI
☐	☒	☐	☐	☒	☐

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O 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	DERIVADO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PREV PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1					4		
2					5		
3					6		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO O 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
1311855389				