

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	QUIROZ	SHEILY ARLEY	04	08	2018	6 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352930885	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDAL SAN FLORESTA y	097-982-8043 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1352930885	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

INFANTE DE 6 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE MASA PALPABLE EN REGIÓN CERVICAL DE APROXIMADAMENTE 4 CM DE DIÁMETRO, ERITEMATOSA, DOLOROSA A LA PALPACIÓN, LA CUAL HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO PROGRESIVAMENTE EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, CUADRO SE ACOMPAÑA DE SUDORACIÓN EXCESIVA Y FATIGA. SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL POR CONSULTA EXTERNA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE EXAMEN DE LABORATORIO QUE REPORTAN TSH 1.69 Y T4 LIBRE EN 0.86. ECOGRAFÍA TIROIDEA QUE REPORTA LÓBULOS DE FORMA CONSERVADA, BORDES REGULARES Y LISOS, TAMAÑO NORMAL. A NIVEL DEL SEGMENTO III DEL CUELLO SE OBSERVAN IMÁGENES GANGLIONARES NORMALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL CUELLO	R221	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	11:28	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

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 y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	11:28	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	