

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						
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO		A	1803161247								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ACOSTA		GUEVARA		DARWIN		MAURICIO		M	18-04-1978	48	☐ H	☐ D	☐ M	☒ A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0992/15091		MSP		☒ Y		☐ N								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
DOMINIO		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOACUJA		TOACUJA										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado.														
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Insuficiente capacidad receptiva.														

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

ADULTO MEDIO CON APP DE DISCAPACIDAD FÍSICA, INSUFICIENCIA DE VALVULA MITRAL, INSUFICIENCIA CARDIACA, TUBERCULOSIS PULMONAR, HIPERTIROIDISMO EN TRATAMIENTO ACTUAL CON TAPAZOL 2.5 MG EN LA MAÑANA. SUTRATAMIENTO PARA TB PULMONAR HA CUMPLIDO SU PRIMER MES, Y SE ENVIO A REALIZAR BACILOSCOPIA DE CONTROL. EXAMEN FÍSICO: EXOFTALMOS, TIROIDES: NO VISIBLE, NO NUDULOS A LA PALPACION. CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS Y NORMOFO NETICOS, ABDOMEN BLANDO DÉPRESIBLE, NO DOLOR, EXTREMIDADES NO EDEMA. BAJO EL CONTEXTO DE UN PACIENTE CON DISCAPACIDAD, TB PULMONAR

HIPERTIROIDISMO, SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EL DÍA 6 DE AGOSTO SE REALIZARA EXÁMENES DE LABORATORIO EN HOSPITAL CHONE.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA HISTOLOGICAMENTE	E059		X	4.			
2.		A152		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
05-08-2026	15:00	IGNACIO		MANRIQUE		AVEIGA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1308639879							

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		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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

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)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	