



## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			EDAD			SEXO	
ÑACATO		LEON		ANA LUCIA			25	2	1966	57	2
							día	mes	año	d-m-a	1=M 2=F
NACIONALIDAD		PAÍS	CÉDULA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			DIRECCIÓN DOMICILIARIA			TELÉFONO	
ECUATORIANA		ECUADOR	1708771066	PICHINCHA	QUITO	LA MAGDALENA	CALLE DE LOS ENCUENTROS S65			992005624	
Ver instructivo		Describir país	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐

DERIVACIÓN: 2

## 1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Historia Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
MSP	1708771066	HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS		II	17D06 - Área 9		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
					15	2023	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

## 2. Motivo de la Referencia o la Derivación

- Limitada capacidad resolutive  
Ausencia temporal del profesional  
Falta de Profesional

1	
2	
3	

### Saturación de Capacidad Instalada

Otros:

4	
5	<b>x</b>

TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

### 3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 57 años con antecedente de hipotiroidismo, HTA, 04/05/2023: Tiroidectomía total + vaciamiento ganglionar. HP: Carcinoma papilar de tiroides moderadamente diferenciado papilar, folicular y trabecular con metaplasia osea madura. mide 4 cm en lóbulo derecho y 0.6 en ítsmo. invasión vascular presente, sobrepasa cápsula alcanzando tejido adiposo peritiroideo , necrosis 60%, bocio coloide, ganglios +7/58. pT3bpN1bpMx EC IVA. Paciente adulta con ca de tiroides, requiere continuar con tratamiento oncológico integral con yodo radiactivo de acuerdo a dosis calculada por especialidad Medicina Nuclear.

#### 4. Hallazgos relevantes del exámenes y procedimientos diagnósticos

**solicito Tratamiento Oncológico Integral con Yodo radiactivo**

## 5. Diagnóstico

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	TUMOR MALIGNO DE TIROIDES	C73		X
4				

Nombre del profesional:

**ONCOLOGIA CLINICA**  
**IMP: L 20 F 6 N° 18**  
**CM: 8820**

**Código MSP:**

**Firma:**

James P. Webb

### III. CONTRAREFERENCIA:

REF ID: A70604811

**REFERENCIA INVERSA:**

4

## 1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hist. Clínica N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Especialidad	día	mes	año

## 2. Resumen del cuadro clínico

### 3. Hallazgos relevantes del exámenes y procedimientos diagnósticos

#### 4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

**6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad**

\_\_\_\_\_

Nombre del profesional:

**Código MSP:**

Firma:

MSP / DN/SCG / form.053 / dlc-2013

**7. REFERENCIA JUSTIFICADA:**

7