



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                          |                                                         |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|------|-------------------------|---|---|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA                                               | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA    |                   |      | NÚMERO DE ARCHIVO       |   |   |   |  |
| MSP                                                         | 001414           | El Recreo - San Miguel   | CS-A                                                    | 1308536323                          |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Salvatierra                                                 | Laaz             | Clara                    | Susana                                                  | M                                   | 11-08-1974        | 51   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                                         |                                     |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN MOTIVO |      |                         |   |   |   |  |
| 0994528567                                                  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.                             |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                | 3. Falta de equipamiento.                               |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1315             | 131550                   | 4. Equipos en mal estado.                               |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                     |                   |      |                         |   |   |   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |                |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD   |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Endocrinología |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADULTO MEDIO QUE INICIO CUADRO CLINICO DE INCIO REAL 2 AÑOS ATRAS- CON DISFONIA-DISMINUCION DE LA VOZ- SE REALIZA ECOGRAFIA Y EL HALLAZGOES QUISTE COLOIDEO TIPO1 EL TIROIDES. SE AÑADEN SINTOMAS COMO: PIEL SECA- CAIDA DE CABELLO- FATIGA- DISMINUCION DEL APETITO SEXUAL.EXAMEN FISICO: TIROIDES NORMAL- RSCS RITMICOS Y NORMOFOENTICOS- CSPS CLAROS Y VENTILADOS . EXTREMIDADES NO EDEMA. BAJO ESTECONTEXTO SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| ADJUNTO RESULTADOS DE ECOGRAFIA                                   |

| E. DIAGNÓSTICO                         | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Nodulo Tiroideo Solitario No Toxico |                                    | E041 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                     |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                     |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-05-27                            | 01:25        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| 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 | TIPOLOGIA       | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                                                                            |           |                          | CENTRO DE SALUD | 1308536323                       |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------------------------------------|

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | El Recreo - San Miguel   | 13D12    | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Paciente Refiere Sintomas De Climaterio- Se Sugiere Isoflavonas- Se Sugiere Repetir Ecografia Tiroidea. Se Sugiere Realizar Tsh- T4l- Atpo- Anti-Tiroglobulina- Examen General ..

| F. DIAGNÓSTICO |                                     | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Nodulo Tiroideo Solitario No Toxico |                                    | E041 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                     |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                     |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |