

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARIN	AVILA	NIEVE JASMIN	05	08	1980	44 años, 7 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0802664037	MANABI	CHONE	CANUTO	LA PIÑUELA y X	099-819-4602 /
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	0802664037	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	03	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA PARA CONTROL DE HIPOTIROIDISMO Y BOCIO NO TOXICO. PACIENTE CON APP: HIPOTIROIDISMO Y MIGRAÑA. APF: CANCER UTERO TIA PATERNA, HERMANO HIPERTENSO, PADRE HIPERTENSO. APQ: CESAREA ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE TUVO CITA CON ESPECIALISTA EN SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024 DONDE ESTE LE INDICO EXÁMENES DE CONTROL PARA EL 3 DE FEBRERO Y LO DERIVO A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA QUE SE LE REALICE OTRA REFERENCIA PARA SU CITA DE CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TIROIDEA: LOBULO DERECHO DE FORMA CONSERVADA- BORDES REGULARES Y LISOS- TAMAÑO NORMAL- ECOGENICIDAD NORMAL Y ECOESTRUCTURA HETEROGENEA POR LA PRESENCAI DE LOBULO DERECHO NODULAR. DE 12.5X15.1 MM DE CONTORNOS REGULARES- ISOECOGENICOS DE CARACTERISTICAS MIXTAS CON UNA TIRADS III.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	12:06	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-03-27	12:06	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

