

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	IBARRA	MARIA DE LOURDES	20	09	1973	51 años, 10 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0915324743	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA DIVINO NIÑO y	097-964-5028 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0915324743	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Endocrinología	2025	08	12	
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 51 AÑOS CON ANTECEDENTES DE NÓDULOS TIROIDEOS Y TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA QUE INICIÓ ESTE AÑO ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR A NIVEL DEL CUELLO, INCOMODIDAD Y EVIDENTE CRECIMIENTO DE MASA A NIVEL DEL CUELLO, AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE QUE FUE DIAGNOSTICADA HACE VARIOS AÑOS POR NÓDULOS TIROIDEOS PERO QUE NO SE REALIZÓ SEGUIMIENTO POR DESCUIDO, REFIERE QUE ESTUVO ASEGURADA Y POR FALTA DE RECURSOS NO PAGÓ Y NO ACUDIÓ POR MEDIO DEL SISTEMA PÚBLICO, INDICA QUE EN LOS ÚLTIMOS MESES HA EVIDENCIADO UN CRECIMIENTO DE MASA A NIVEL DEL CUELLO RAZÓN POR LA QUE REFIERE MUCHA PREOCUPACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ABULTAMIENTO O MASA A NIVEL DEL CUELLO Y PRESENCIA DE XANTOMAS PALPEBRALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXAMENES DE LABORATORIO AL MOMENTO DE LA CONSULTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO	E079	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-12	08:41	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-12	08:41	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

