

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOSQUERA	VIVAS	KATHERINE YULIANA	05	06	1991	34 años, 7 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0927760108	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA BALZAR y 1	098-934-6866 /
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	0927760108	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL BASICO DE NAPOLEON DAVILA	Consulta externa	Endocrinología	2026	02	02	
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

USUARIO CON MASA DE TIROIDES DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CON CRECIMIENTO DE MASA PROGRESIVA COMPATIBLE CON NODULO TIROIDEO (BOCIO) BIRADS 4 SE TRAMITA REFERENCIA PARA VALORACION POR ENDOCRINO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: TSH: 1.94 T3 TOTAL: 1.33 T4 TOTAL: 63 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HGB 11.4 HCTO 34.2
ULTRASONIDO: LOBULO TIROIDEO DERECHO: de volumen alterado 35 ML, de contornos irregulares, Hetero géneo. Mide 3.9 cm x 3.3 cm x 4.1 cm. Con lesión focal compatible con nódulo mixto (solido - líquido), de 35x30x31 mm vol. 18 ml, lobulado, vascularizado, mas ancho que alto, sin calcificaciones. LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO: de volumen alterado 13 ML, de contornos irregulares, Hetero géneo. Mide 3.7 cm x 3.6 cm x 2.1 cm. Con lesión focal compatible con nódulo mixto (solido - líquido), de 28x17x25 mm vol. 6.6 ml, lobulado, vascularizado, más ancho que alto, sin calcificaciones

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO NO TOXICO, NO ESPECIFICADO	E049		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	12:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-02-02	12:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

