

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN	IBARRA	GLENDA ESPERANZA	28	07	1976	49 años, 6 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306258995	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE 24 DE JULIO y CALLE 24 DE JULIO	099-446-9303 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1306258995	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	01	30
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 49 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG, ANTECEDENTE DE NÓDULO TIROIDEO TIRADS 4 HACE APROXIMADAMENTE 11 MESES, EN SEGUIMIENTO CON ENDOCRINOLOGÍA. PACIENTE REFIERE ASTENIA, CAIDA DE CABELLO, CONSTIPACIÓN, DISFONIA. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, TIROIDES NO PALPABLE. SE ENVIA REFERENCIA PARA ENDOCRINOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: NODULOS TIROIDEOS TIRADS 4 MODERADAMENTE SOSPECHOSO EN SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO	E042		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	14:25	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-01-30	14:25	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	