

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	SOLORZANO	CARMEN MARISOL	07	07	1971	54 años, 7 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307520351	MANABI	CHONE	RICAU RTE	EL BEJUCO y	099-435-1812 /
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	1307520351	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	02	23
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 54 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50 MCG UNA VEZ AL DÍA, ACUDE A CONTROL DE SU ENFERMEDAD DE BASE. REFIERE HABER SIDO DIAGNOSTICADA CON NÓDULOS TIROIDEOS EN CONTROL MÉDICO HACE 1 AÑO, PERO NO CUENTA CON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO ECOGRÁFICO CORRESPONDIENTE. AL EXAMEN FÍSICO ACTUAL NO SE OBSERVA BOCIO NI SE PALPAN NÓDULOS TIROIDEOS. DEBIDOLA DISCREPANCIA ENTRE EL ANTECEDENTE REFERIDO Y LA AUSENCIA DE DOCUMENTACIÓN IMAGENOLÓGICA, SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA MANEJO INTEGRAL Y AJUSTE TERAPÉUTICO SI CORRESPONDE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FÍSICO: no bocio, no nódulos palpables en glándula tiroidea. Se solicita la realización de TSH, FT4 Y FT3

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	15:12	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-23	15:12	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	