

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVIA	SALMERON	ROSA ESPERANZA	16	12	1949	75 años, 8 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308279213	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y	096-836-5695 /
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	1308279213	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	08	21
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 DE 75 AÑOS DE EDAD, APP DISCAPACIDAD INTELECTUAL 71 %, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU HERMANA, PRESENTA EXOFTALMOS, PÉRDIDA DE PESO SIN CAUSA APARENTE, Y DISMINUCIÓN DEL TONO DE VOZ, EVOLUCIÓN CRÓNICA, SE OBSERVA MASA EN PARTE ANTERIOR DEL CUELLO DE TAMAÑO DE 3X3 CM, MOVIBLE, NO DOLOROSA. TRAE ECOGRAFIA DE TIROIDES, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD, AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE SEGÚN SU CONDICIÓN DE SALUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE TIROIDES DE ECOESTRUCTURA HETEROGÉNEA, TAMAÑO NORMAL. LÓBULO DERECHO DE ECOESTRUCTURA HETEROGÉNEA SE OBSERVAN 2 IMÁGENES QUISTICAS DE TAMAÑO NORMAL, LÓBULO IZQUIERDO DE ECOESTRUCTURA HETEROGÉNEA TAMAÑO NORMAL, VASCULARIZACIÓN NORMAL. IDX QUISTE DE LÓBULO DERECHO DE TIROIDES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	09:12	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmatEC

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
2025-08-21	09:12	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	