

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	VERGARA	MARIA MAGDALENA	28	02	1977	48 años, 4 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309178950	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EDDY MARIA y	099-777-8777 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309178950	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	07	16
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 48 AÑOS 2 MESES DE EDAD CON APP HTA LOSARTAN 50MG C24H CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL AL MOMENTO 130/90 MMHG - TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA LOBECTOMIA DERECHA, LOBULO IZQUIERDO E ITS MO NORMALES. SE OBSERVA MASA DE ASPECTO LIPOMATOSA EN BASE DEL CUELLO, REGION LATERAL IZQUIERDA - TRAE EXAMENES DEL 7/6/2025 QUE REPORTAN T3 LIBRE 2.65 - T4 LIBRE 1.19 - TSH 2.62 - ANA HEP2 IFI NEGATIVA -// 2 DE JULIO QUE REPORTA TGO 68.4 - TGP 83 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA 5.6 - T3 LIBRE 8.48 - TSH 3.2 - ECOGRAFIA ABDOMINAL 25/06/2025 CON ID DE ESTEATOSIS GRADO II - METEORISMO AUMENTADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	08:30	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	



Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
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
2025-07-16	08:30	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	