

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1309970836							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMBRANO	PAZMIÑO	MARITZA	EUGENIA	F	13/09/1978	46	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐						
0985103994 / 0997857747				MOTIVO							
/		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐				
		2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒			
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐				
		5. Problemas de infraestructura.		☐							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 46 AÑOS CON APP: DE ENFERMEDAD TIROIDEA SE REALIZA EXÁMENES HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE DONDE MENCIONA ALTERACIÓN DE LOS VALORES...
APF: 3 HERMANAS CON ENFERMEDAD TIROIDEA. ACUDE REFIRIENDO PERDIDA DE CABELLO, UÑAS FRÁGILES DEPRESIÓN, AUMENTO DE APETITO, AUMENTA Y BAJA DE PESO, CEFALEA FRECUENTES, MALESTAR GENERAL, MENSTRUACIONES ABUNDANTES, CONSTIPACIÓN, DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL... SE OBSERVA CUELLO ABULTADO
AL RASTREO ECOGRAFICO RÁPIDO SE CONSTATA GLANDULA TIROIDEA AUMEN TADA DE VOLUMEN NODULO SOLIDO DE 0.5 X 0,6cm EN LOBULO DERECHO E IMAGEN QUISTICA DE 1.2 x 1.5xcm
EN LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO. TSH: 0.11 ui/ml (LIGERAMENTE DISMINUIDA) T3: 3.7 Y T4:1.7 ng/ml. DENTRO DE RANGOS NORMALES...
SE INDICA ANTITIROGLOBULINA, ANTIPEROXIDASA Y REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO	E042	X	4			
2				5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/09/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		