

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SEGARRA	BARRE	MARIA EUGENIA	20	07	1980	45 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310045131	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	30 DE MARZO y SANTA ELENA	099-338-7286 /
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	1310045131	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	03	06
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 REFIERE AMENORREA DESDE HACE MAS DE UN AÑO , CANSANCIO, ODINOFAGIA, CAIDA DE CABELLO, AUMENTO DE PESO, RONQUERA, ANTECEDENTE FAMILAIR MADRE CON DIABETES, EX LAB 3/7/22025: T3 2.73, T4 1.86, TSH 1.09, ECOGRAFIA 2/6/2025: BOCIO MULTINODULAR, LOBULO DERECHO MULTIPPLES NODULOS 2,46CMX1,95X3,71CM, VOLUMEN 8,55ML, 2 IMAGENS ISOECOGENICAS ON HALOS ANECOICOS, MIDE 1.081 X 1,54CM, SUGERNTES DE LESION QUISTICA, NO SE OBSERVAN CALCIFICACIONES, ITS MO 0,85CM, LOBULO IZQUIERDO TAMAÑO AUMENTADO MULTIPLES NODULOS NODULOS ISOECOGENICOS PATRON MIXTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPCIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO MULTINODULAR (ENDEMICO) RELACIONADO CON DEFICIENCIA DE YODO	E011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-06	15:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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