

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ROSADO           | SOLORZANO        | SONIA ALEXANDRA | 10                  | 02  | 1981 | 44 años, 11 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310435761        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | RIO JAMA y RIO JAMA          | 096-901-8454 /      |
| 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                 | 1310435761      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Endocrinología | 2026  | 02  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad   | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: HIPERTIROIDISMO TRATADA CON TAPAZOL 5MG CADA DIA CON NODULO TIROIDEO REFIERE DOLOR DISFONIA MALESTAR GENERAL PACIENTE EN VALORACION POR SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA CON EXAMENES DE LABORATORIO FT3 13.03 FT4 4.53 ANTI TIROGLOBULINA 913.50 ANTIROPEROXIDASA TIROIDEA 276 AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTA, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO PRESENCIA DE NODULO TIROIDEO TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, DOLOROSO EN REGION PELVICA NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. , EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, NO HAY EDEMA. MUCOSAS, HIDRATADA. PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIO FT3 13.03 FT4 4.53 ANTI TIROGLOBULINA 913.50 ANTIROPEROXIDASA TIROIDEA 276

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOTIROIDISMO CONGENITO CON BOCIO DIFUSO | E030   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-03 | 09:11 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-03 | 09:11 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

