

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTESDEOCA	GONZALEZ	ANA VICTORIA	26	07	1986	39 años, 2 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310474513	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ESPIRITU SANTO y	099-884-5663 /
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	1310474513	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	10	02
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

MUJER DE 39 AÑOS CON APP BOCIO NO TOXICO EN SEGUIMIENTO ENDOCRINOLOGIA HOSPITAL CHONE, ACUDE CON CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR CAIDA DE CABLELLO ONICOLISIS ASTENBIA ESTREÑIMIENTO CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES, NIEGA USO DE TRATAMIENTO ESPECIFICO, EXAMEN FISICO SIN PATOLOGIA APARENTE, SIGNOS VITALES NORMALES, HOY ASINTOMATICA ALERTA Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE PARACLINICOS PUNCION TIROIDEA BETHESDAII BENIGNA MES DE MARZO 2025 RASTREO TIROIDEO SE VISUALIZA LESION NODULAR 11V11mm LOBULO IZQUIERDO
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO NO TOXICO, NO ESPECIFICADO	E049		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	08:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clínico

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
2025-10-02	08:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	