

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ZAMBRANO	MARIA TRINIDAD	29	10	1984	40 años, 10 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310540412	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y VIA PRINCIPAL	096-383-6075 / (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	1310540412	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	Otorrinolaringología	2025	09	25
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 40 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE POR PRESENTAR DISFONÍA DESDE HACE 2 MESES, NO PRESENTA TOS, TRAE RESULTADOS DE FUNCIÓN TIROIDEA, DENTRO DEL RANGO, ECOGRAFIA QUISTE SIMPLE DE TIROIDES. AL MOMENTO A FEBRIL ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA CON OTORRINOLARINGOLOGIA PARA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: DE ECOESTRUCTURA CONSERVADA DE TAMAÑO NORMAL, LOBULO DERECHO NORMAL, LOBULO IZQUIERDO SE OBSERVA 1IMAGEN QUISTICA 0.42CMX0.22XM. VASCULARIZACION NORMAL, ITS MO TIROIDEO NORMAL. ID: QUISTE EN LOBULO IZQUIERDO. TSH: TSH: 3.2. T4:7.2. T3:1.27

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFONIA	R490	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	14:33	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA 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 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
2025-09-25	14:33	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	