

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| OLMEDO           | PINARGOTE        | MARIA CARLINA | 18                  | 04  | 1992 | 32 años, 10 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311055808        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | EL BEJUCO y                  | 093-998-8055 / (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                 | 1311055808      | 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 | Endocrinología |  | 2025  | 03  | 05  |
| 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 DE 32 AÑOS DE EDAD, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, PRESENTA SENSACIÓN DE ATRAGANTAMIENTO, CON DIFICULTAD PARA TRAGAR, ACOMPAÑADO DE DISFONIA, CAÍDA DE CABELLO, PALPITACIONES, EVOLUCIÓN UN AÑO APROXIMADAMENTE, SE OBSERVA BULTO EN EL CUELLO, ESTE ES MOVIBLE, TAMAÑO DE 3X3 CM, A LA PALPACIÓN PRESENTA DOLOR EN DICHA REGIÓN, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD. #TLF: 0939988055.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA DE GLÁNDULA TIROIDES: IDX; LÓBULO DERECHO QUISTE COMPLEJO DE TIROIDES. T3 LIBRE: 3.20 pg/ml. T4 LIBRE: 1.55 ng/dl. TSH: 4.23 ul/ml.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO | E041   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2025-03-05 | 11:06 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2025-03-05 | 11:06 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |