

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORIZANO	RAMIREZ	CONSUELO ESPERANZA	25	02	1990	35 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	1311480550	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	098-780-0309 /
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	1311480550	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	01	09
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 QUE ACUDE PARA SOLICITUD DE REFERENCIA ENDOCRINOLOGIA PARA SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO POR PRESENTAR QUISTE DE TIROIDES DE LOBULO DERECHO, HA PRESENTADO VOZ RONCA EN OCACIONES MAS DISMINICION DEL TONO, AHORA AFEBRIL ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TIROIDES HOMOGENEA DE TAMAÑO NORMAL, LOBULO DERECHO TAMAÑO NORMAL SE OBSERVA 1 QUISTE CON CALCIFICACION CENTRAL, LOBULO IZQUIERDO CARACTERISTICAS NORMALES, ITS MO NORMAL, VASCULARIZACION NORMAL IDX: QUISTE DE LOBULO DERECHO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO	E042		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-09	09:54	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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