

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	CUSME	DIGNA ISABEL	17	02	1988	38 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312531765	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EL DESCANSO y SN	097-959-8414 / (00)-000-0000
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	1312531765	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2026	03	18
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 38 AÑOS DE EDAD REFIERE PRESENTAR MASA PALPABLE, NO DOLOROSA A NIVEL DE CUELLO, DE MAS O MENOS UN MES DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADO DE DISFAGIA, SENSACIÓN DE OPRESIÓN EN EL CUELLO, PERDIDA DE PESO, TEMBLOR EN EL CUERPO , PERDIDA DE CABELLO, NO PUEDE DORMIR. ANTECEDENTES DE CARIES DENTAL EN TRATAMIENTO CON ODONTOLOGIA .APP NO REFIERE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRITERIO DE ACUERDO ANAMNESIS Y EXÁMEN FISICO, PACIENTE DE BAJOS RECURSOS NO SE PUEDE REALIZAR PERFIL TIROIDEO Y ECOGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO DIFUSO (ENDEMIC) RELACIONADO CON DEFICIENCIA DE YODO	E010	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	10:15	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	

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
2026-03-18	10:15	Medicina Interna	JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES	1006-03-441496	