

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| FIGUEROA         | QUIJIJE          | MARIA FERNANDA | 06                  | 12  | 1990 | 34 años, 7 meses, 10 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312625880        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | 16 DE AGOSTO y NO TIENE      | 096-004-8781 /      |
| 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                 | 1312625880      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología |  | 2025  | 07  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad   |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MASAS EN REGION TIROIDEA QUE DIFICULTA LA DEGLUCION. PORTA ECOGRAFIA REALIZADA EL 06/07/2025 QUE REPORTA NODULO TIROIDEO BILATERAL Y CONSIDERAR TIRADS 4. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: LOBULO DERECHO: DE UBICACIÓN NORMAL, FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO. SE EVIDENCIA PRESENCIA DE 2 IMAGENES CON FORMA REDONDEADA, BORDES DISCRETAMENTE IRREGULARES, HALO HIPOECOGENICO Y PARENQUIMA HETEROGENEO, MINIMAMENTE VASCULAR, SUGESTIVA DE NODULOS A NIVEL DE POLO MEDIO DE LOBULO LOCAL, LA DE MAYOR TAMANO MIDE 1.50 X 0.9 X 1.42CM VOL. 1.11CC PRESENTA DOS CALCIFICACIONES EN SU INTERIOR MENORES DE 2MM AL MOMENTO DEL ESTUDIO, LA DE MENOR TAMAÑO MIDE 0.59 X 0.47 X 0.58CM VOL DE 0.09CC. MEDIDAS DEL LÓBULO TIROIDEO DERECHO: LONGITUD: 2.97 CM ANTEROPOSTERIOR: 1.03 CM \* TRANSVERSAL: 1.63 CM \* DOPPLER GENERAL DEL LÓBULO CONSERVADO AL MOMENTO. ISTMO: DE TAMAÑO CONSERVADO, SIN PARTICULARIDADES, MIDE: 3.1 MM. DOPPLER LOCAL NORMAL. \* LOBULO IZQUIERDO: DE UBICACIÓN NORMAL, FORMA Y TAMAÑO CONSERVADOS, SE EVIDENCIA PRESENCIA DE IMÁGEN CON FORMA REDONDEADA, MAS ALTO QUE ANCHO, BORDES IRREGULARES POCO DELIMITADOS, HALO HIPOECOGENICO, PARENQUIMA HETEROGENEO, PRESENCIA DE PEQUEÑAS CALCIFICACIONES EN SU INTERIOR MENORES DE IMM, MINIMAMENTE VASCULAR, SUGESTIVA DE NODULO A NIVEL DE POLO MEDIO DE LOBULO LOCAL, MIDE 1.52 X 1.02 X 1.23 CM, VOL DE 1.00 CC AL MOMENTO DEL ESTUDIO. MEDIDAS DEL LÓBULO TIROIDEO IZQUIERDO: ANTEROPOSTERIOR: 1.47 CM TRANSVERSAL: 1.63 MM > DOPPLER GENERAL DEL LÓBULO CONSERVADO. > NOTA: SE REALIZA RASTREO DE GLANDULAS ANEXAS DE CUELLO (SUBMAXILARES, PARÓTIDAS) SIN EVIDENCIA DE CAMBIOS ECOGRÁFICOS ADVERSOS HASTA EL MOMENTO. NO ALGIAS. CONCLUSIÓN: \* NODULO TIROIDEO BILATERAL \* CONSIDERAR TIRADS 4 ACORDE A LO EVIDENCIADO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO | E079   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-07-16 | 11:00 | Medicina Rural | MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS | 1313263269 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-07-16 | 11:00 | Medicina Rural | MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS | 1313263269 |       |