

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	MENDOZA	JOCELYN MARGARITA	28	03	1994	31 años, 6 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313404046	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA CRESPA y LA CRESPA	098-200-0500 /
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	1313404046	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	10	06
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 CON HISTORIA DE HIPOTIROIDISMO DESDE HACE 2 AÑOS CON LEVOTIROXINA DE 50 MCG PACIENTE CON CAÍDA DEL PELO, INCOLISIS, ASTENIA, INTOLERANCIA AL FRÍO, ESTREÑIMIENTO, TRASTORNOS MENSTRUALES, PIEL SECA. LLAMA LA ATENCIÓN ADEMÁS ECOGRAFÍA QUE REPORTA 4 IMÁGENES NODULARES DE ENTRE 4.6 X 6.2 LA MÁS PEQUEÑA Y 6.1 X 9.2 LA MÁS GRANDE, EN LI, ÚLTIMO TSH EN 1.77 Y FT4, 1.41. 0982000500

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFÍA QUE REPORTA 4 IMÁGENES NODULARES DE ENTRE 4.6 X 6.2 LA MÁS PEQUEÑA Y 6.1 X 9.2 LA MÁS GRANDE, EN LI, ÚLTIMO TSH EN 1.77 Y FT4, 1.41.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-06	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-10-06	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	