

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| TRIVIÑO          | LOOR             | AMALIA KARINA | 23                  | 08  | 1991 | 33 años, 10 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313428276        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | LA CAOBA y                   | 097-960-3919 /       |
| 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                 | 1313428276      | SAN PEDRO DE ATASCOSO    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Endocrinología | 2025  | 07  | 17  |
| 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 CON ANTECEDENTE DE TIROIDECTOMIA TOTAL PO CA DE TIROIDES , HIPOTIROIDISMO EN TTO CON LT4 DE 200MCGR CADA DIA AL MOMENTO REFIERE PRESENTAR DECAIMIENTO Y MALESTAR GENERAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: TIROIDES + VACIAMIENTOCENTRAL NIVEL VI+VACIAMIENTO CERVICAL DERECHO II-V PRODUCTO DE TIROIDECTOMIA TOTAL,DEFORMADA Y NOTABLEMENTE AUMENTADA DE TAMAÑO PESA 265GR. LOS CORTES MUESTRAN NEOPLASIA MALIGNA DE ESTIRPE EPITELIAL EN FORMA DE ESTRUCTURAS PAPILARES COMPLEJAS REVESTIDAS POR CELULAS CILINDRICAS ALTAS DE CITOPLASMA EOSINOFILICO, NUCLEOS VESICULOSOS CON CROMATINA MARGINADA, PLEGADOS DE CONTORNOS IRREGULARES Y PRESENCIA INCLUSIONES INTRACELULARES, CELULAS GIGANTES TUMORALES MULTINUCLEADAS Y CALCIFICACIONES DISFROFICAS, SE IDENTIFICA INVASION LINFOVASCULAR.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOTIROIDISMO CONSECUTIVO A PROCEDIMIENTOS | E890   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-17 | 15:45 | Medicina Rural | GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA | 1804365094 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-17 | 15:45 | Medicina Rural | GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA | 1804365094 |       |

