

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASANOVA	SABANDO	ALISSON NAHOMY	11	05	2002	23 años, 8 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313544346	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PRINCIPAL y	098-595-2838 /
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	1313544346	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	02	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 femenina de 23 años acude por solicitud de referencia a Endocrinología. Trae ecografía cervical que reporta bocio, pero no cuenta con perfil tiroideo previo. A la valoración presenta aumento de volumen cervical, ganancia de peso en los últimos meses, somnolencia, cambios de humor y cefalea. Antecedentes ginecológicos: FUM 28/01/26, menstruación de 4 días de duración, abundante - Se solicita interconsulta a Endocrinología para valoración integral y manejo del bocio y evaluación tiroidea.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: BOCIO LEVE - VASCULARIDAD TORIODEA AUMENTADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO DIFUSO NO TOXICO	E040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-06	14:35	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-06	14:35	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	