

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1410	HBAGA		B	1314302959		1314302959			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ESTRELLA		MORENO		KIARA I		IBETH		F	18/4/2007	18	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		0981149645		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		MOTIVO		1. Accesibilidad geográfica		
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		2. Falta de espacio físico		6. Problemas de abastecimiento		X	
						3. Falta de equipamiento		7. Insuficiencia de profesionales		X	
						4. Equipos en mal estado		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X	
						5. Problemas de infraestructura		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		CONSULTA EXTERNA	
		ESPECIALIDAD	
		ENDOCRINOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA HASTA EL MOMENTO. ACUDE CON RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO (PERFIL TIROIDEO) REALIZADO EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2025 EN LOS QUE REPORTAN T4 LIBRE MENOR A 1,00 pmol/ml, TSH 4,49 uIU/l, T3 LIBRE 3,09 pg/ml. ADEMÁS PRESENTA ESTUDIO ECOGRÁFICO FECHADO AL 2 DE OCTUBRE DE 2025 EN EL QUE REPORTA DOS QUISTES COLOIDALES DEL LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO QUE MIDEN 2,9 X 2,6 MM Y 3,1 X 2,3 MM. TIRADS II, HALLAZGOS BENIGNOS. NTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO. "SIGNOS VITALES": PA: 120/70 FC: 82 LXM FR: 20R/M TEMP: 36,7 SAT02: 98 %

E. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-TRATAMIENTO</th> <th>DEFINITIVO</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLÁNDULA TIROIDES</td> <td>E07B</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-TRATAMIENTO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	1. OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLÁNDULA TIROIDES	E07B	X			2.					3.				
PRE-TRATAMIENTO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF																
1. OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLÁNDULA TIROIDES	E07B	X																		
2.																				
3.																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-05	10H30	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-TRATAMIENTO</th> <th>DEFINITIVO</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-TRATAMIENTO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	1.					2.					3.				
PRE-TRATAMIENTO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF																
1.																				
2.																				
3.																				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		