

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	VELASQUEZ	GISSELA LILIBETH	14	03	1999	25 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314339076	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS TRES MARIAS y	096-772-0713 /
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	1314339076	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2024	10	28
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 QUE ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA ADEMAS REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FATIGA, CAMBIOS DE HUMOR, PERDIDA DE PESO Y SE OBSERVA ABULTAMIENTO EN CUELLO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: TSH 1.51, T4 LIBRE 1.17 ULTRASONIDO: TIROIDES SIMETRICA LIGERAMENTE HETEROGENEA, LOBULO DERECHO DE 45MM POR 15MM POR 31 MM CONTORNO REGULAR BORDE FINO LIGERAMENTE HETEROGENEO AL MAPEO, DOPPLER FLUJO NORMAL, VOLUMEN DE LOBULO DERECHO 7,4CM3 -- LOBULO IZQUIERDO DE 44MM POR 15MM POR 17MM DE CONTORNO BORDE FINO LIGERAMENTE HETEROGENEO, AL MAPEO DOPPLER FLUJO NORMAL, PRESENCIA DE QUISTE DE 4.6MM, DE 3MM, DE 3,66MM, VOLUMEN DE LOBULO IZQUIERDO 5.88CM3, ITS MO NORMAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-28	23:13	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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

