

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANO	LOOR	GICELLA MARIA	18	12	1990	35 años, 0 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314339498	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	SN y	000-000-0000 /
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	1314339498	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	01	07
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 GESTANTE CURSA CON 18.3 SEMANAS POR FUM Y ECOGRAFIA, ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO PARA LO CUAL NO CONSUME MEDICACION ALGUNA, CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR CAIDA DEL CABELLO, PIEL SECA, CANSANCIO FACIL, CONSTIPACION OCASIONAL, ADEMAS DE PALPITACIONES OCASIONALES. SE REALIZO ESTUDIOS DE FUNCION TIROIDEA 06/01/2026: TSH: 5.03FT3: 2.56, FT4: 0.65, TRAE A CONNSULTA RESULTADO DE ECOGRAFIA TIROIDEA REALIZADO 05/06/2024: LOBULO DERECHO ITS MO Y LOBULO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO, VASCULARIDAD AUMENTADA, ID: BOCIO TIROIDEO TIRADS 2. SE REALIZO BIOPSIA DE LOBULO TIROIDEO DERECHO REALIZADA: 06/02/2025: NEGATIVO PARA MLIGNIDAD, CONSISTENTES CON BETHESDA III, LESION FOLICULAR. RESULTADO DE BIOPSIA LOBULO IZQUIERDO: NEGATIVO PARA MALIGNIDAD CONSITENTES CON BETHESDA II.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-07	10:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-07	10:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	