

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	ANCHUNDIA	CARMEN ALEXANDRA	14	07	1988	37 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315576171	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MAMAEY y	099-577-8777 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1315576171	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	10	15
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

MUJER DE 37 AÑOS CON APP DE HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICO CON TRATAMEINTO ACTUAL LEVOTIROXINA 50MCG VO QD AYUNAS Y TAQUICARDIA CON TTO ACTUAL CARVEDILOL 6,25MG VO QD AM ACUDEA CONTROL DE SALUD REFIERE CUADRO CLINICO DE HACE 2 MESES CARACTERIZADO POR DE CEFEALEA DE MODERADA INTENSIDAD MAS SINTOMAS A COMPAÑANTE PERDIDA DE CABELLO, ASTENIA, UÑAS QUEBRADIZAS, INTOLERANCIA AL FRIO AL EXAMEN FISICO CUELLO BOCIO IA RESTO DE EXAMEN SPA SIGNOS VITALES NORMALES, AL MOMENTO ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABAORATORIOS HORMONALES *TSH 0,02 *T3 LIBRE 22,24 **T4 LIBRE 24. 86 REPORTE ECOGRAFICO DE TIROIDES LOBULO DERECHO AUMENTADO MIDE 5,1x1,9x12,1cm VOL. 9,9cm3 LOBULO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO 5,4x1,5x2,4CM VOL 9,9cm3 VASCULARIDAD TIROIDEA MIINCREMENTADA ID DIAGNOSTICA *TIRADS 2 *BOCIO TIROIDES SE TITULA LEVOTIROXINA 75MCG VO QD AYUNA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO NO TOXICO, NO ESPECIFICADO	E049		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	09:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-10-15	09:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	