

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	RODRIGUEZ	GENESIS XIOMARA	12	01	1998	27 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315701167	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE PRINCIPAL y SI MI CASA	096-978-3636 /
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	1315701167	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	09	19
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 27 AÑOS DE EDAD, APP: BOCIO HACE 8 AÑOS , ALERGIAS: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, QUE ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ASTENIA, CEFALEAS, FALTA DE APETITO, CAIDA DEL CABELLO, CAMBIOS DE HUMOR, DISFAGIA, SENSACION DE FALA DE AIRE AL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, REFIERE QUE FUE DIAGNOSTICADA CON HIPOTIROIDISMO, AÑOS ATRAS, SIN RECIBIR TRATAMIENTO O VALORACION POR ESPECIALISTA, A EL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ACTIVA, AFEBRIL, COLABORADORA A EL INTERROGATORIO, NIEGA ALGUN OTRO SINTOMA, A EL EXAMEN FISICO: MABI OBRA DE LAHEY POSITIVA SE PALPA GLANDULA TIROI DE AUMENTADA (DE TAMAÑO (BOCIO GRADO 3) , RESTO DE EXAMEN FISICO SIN PATOLOGIA APARENTE, HOY CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA YA DESCRITA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS HORMONALES TSH 100uIU/ml T3 TOTAL 1,59 nMOL/L T4 TOTAL 61 NMOL/L SIN REPORTE DE ECO DE GALANDIÇULA TIROIDES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-19	08:05	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
2025-09-19	08:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

