

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	MARIA EUGENIA	27	09	1992	33 años, 2 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	1316531886	MANABI	CHONE	RICAURTE	NO APLICA y	098-739-3984 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1316531886	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	11	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

EVOLUCION CLINICA: PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO, REFIERE QUE LLEVABA CONTROLES EN HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA PERO DEJÓ DE ASISTIR A LOS MISMOS POR PROBLEMAS DE MOVILIZACION; AL MOMENTO CONSULTA POR PERCEPCION DE AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO DE SU BOCIO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, NORMOCOLORADA, NORMOHIDRATADA, AFEBRIL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES; CUELLO CON BOCIO PALPABLE DIFUSO NO DOLOROSO, SIN ADENOMEGALIAS; CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO Y NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIN EDEMAS NI LESIONES. SE SOSPECHA CRECIMIENTO DE BOCIO EN CONTEXTO DE HIPOTIROIDISMO. SE REALIZA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	14:25	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-11-28	14:25	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

