

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRETO	DELGADO	YOMAIRA KATHERINE	26	06	2003	22 años, 6 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316588761	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RICAUARTE y	099-974-8200 /
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	1316588761	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	01	10
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 FEMENINA DE 22 AÑOS CON APP: EMBARAZO ECTÓPICO QUE RESULTÓ EN SALPINGECTOMÍA UNILATERAL DERECHA. ACUDE CON RESULTADO DE ECOGRAFÍA POR ANTECEDENTE DE BOCIO. A LA INSPECCIÓN FÍSICA SE VERIFICA EXOFTALMO. MENCIONA EPISODIOS REPETITIVOS DE TAQUICARDIA Y ATAQUES DE ANSIEDAD; REFIERE PRESENTAR LA SENSACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA DURANTE ESOS EPISODIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LEUCOS 8.95, NEU 62.2, LINF 31.8, RBC 4.21, HCT 38.5, HB 12.3, VCM 89.4, HCM 27.5, VSG 19, PLASMA NORMAL GLUCOSA 94.3, UREA 34, CREA 0.91, ACIDO URICO 5.9, COLESTEROL 195.5, TRIGLICERIDOS 147, T4 17.8, TSH 4.12, ASTO CUALITATIVO NEGATIVO PCR POSITIVO 7.7, FC REUMATICO NEGATIVO EMO ASPECTO LIGERO TURBIO PH 6.5. BACTERIA +. ECOGRAFIA DE TIROIDES : BOCIO DIFUSO SIN NÓDULOS + HIPERVASCULARIDAD DIFUSA (ALTAMENTE SUGESTIVO DE ENFERMEDAD DE GRAVES)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-10	16:47	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-01-10	16:47	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

