

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTAÑEDA	MENDOZA	RINA MARCELA	05	04	2000	24 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316606472	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	096-329-3494 / (99)-999-9999
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	1316606472	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Endocrinología		2024	09	11
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

presencia de resultados en ecografia de tiroiditis, en laboratorio no estigmas. teléfono 0963293494

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: t3 total 1.09 ng/ml normal de 0.80 a2.00 en adultos referencia de laboratorio////////// t4 toal 7.80 ug/dl referencia de laboratorio de 4.90 a 11.00//////////TSH ultrasensible 3.63 uIU/ml normal de 0.36 s 4.15 ecografia tiroides, eco estructura heterogenea, esponjoso ligeramente, aumentado de tamaño, no imagen quisticas o nodulares, itsmo tiroideo normal, lobulo izquierdo de tamaño normal heterogeneo esponjoso sin imagens nodulares o quisticos vascularizacion normal

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROIDITIS, NO ESPECIFICADA	E069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-11	08:27	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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
2024-09-11	08:27	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	