

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	KARLA ESTEFANIA	29	04	2002	24 años, 1 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350135073	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SANTA MARTHA y	095-917-0113 /
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	1350135073	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Endocrinología		2026	06	09
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 QUE REFIERE UNA COMPRESION EN EL CUELLO DESDE HACE 6 MESES REFIERE SE REALIZO ECOGRAFIA EN DONDE SE CONSTATA GLANDULAS TIROIDES DE TAMAÑO Y BORDES NORMALES PERO EN AMBOS LOBULOS SE CONSTATA QUISTES DE TIROIDES, VARIOS. SE REALIZA EXAMENES TSH 1.46 UIU/ML T3 1.11 UIU/ML T4 90.33UIU/ML, EN ECOGRAFIA SE CONSTATA PRSENCIA DE VARIOS QUISTES TIROIDEOS. REFIERE LA PACIENTE QUE LE CAUSAN SENSACIÓN DE OPRESIÓN Y MOLESTIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMENES TSH 1.46 UIU/ML T3 1.11 UIU/ML T4 90.33UIU/ML, EN ECOGRAFIA SE CONSTATA PRSENCIA DE VARIOS QUISTES TIROIDEOS. REFIERE LA PACIENTE QUE LE CAUSAN SENSACIÓN DE OPRESIÓN Y MOLESTIA. A LA PALPACION DE LA TIROIDES SE PALAPA LOBULO DERECHO AUMENTADO DE TAMAÑO Y DURO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO	E042		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-06-09	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	