

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1350493480								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SANCHEZ		INTRIAGO		TANYA		VALENTINA		F	25/01/2004	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
0986515488- 0995244822		MSP	LAS CAÑITAS		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.									
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	JUNIN		JUNIN											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

				ENDOCRINOLOGIA.	
--	--	--	--	-----------------	--

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SOMOS INTERCONSULTADOS DESDE OBSTETRICIA Y NOS ENCONTRARNOS ANTE PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS, CON ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD Y OBSTETRICOS G1P0A0, CON FUM 22/04/2025 PARA UN TG HOY DE 26.1 SEMANAS, CUARTO CONTROL PRENATAL, EN ESTA UNIDAD DE SALUD Y DOS ANTERIORES EN PUEBLO NUEVO, SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, PCTE ESTABLE AFEBRIL, SE REALIZA EXAMEN FÍSICO AU 27 CM, PRESENTACION CEFALICA, FCF 140 POR MIN, EXTREMIDADES INFERIORES NO EDEMAS NO VARICES, NO FLEBITIS, NO SECRECIONES, GANANCIA INADECUADA DE PESO, SCORE MAMA O, PROTEINURIA NEGATIVA, SE REALIZA EXAMEN DE MAMAS AMBAS DE APARIENCIA NORMAL, TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA DE TIROIDES REALIZADA EL 20 DE OCTUBRE QUE INDICA GLANDULA TIROIDES DE FORMA Y TAMAÑO CONSERVADA. ITSMO GROSOR DE 2,, LOBULO DERECHO MIDE 1.81 X 1.33 X 0.92CM, VOLUM,EN DE 1.16 CON NODULO HIPOECOICO QUE MIDE 3.6 X 2.5MM NO VASCULARIZADO, LOBULO IZQUIERDO MIDE 2.20 X 0.70 X 1.28CM, VOLUMEN DE 1.09 CC SIN LESIONES NODULARES VASCULARIDAD CONSERVADA, EN LOS NIVELES GANGLIONARES CERVICALES NO SE OBSERVAN ADENOPATIAS GLANDULAS SUBMAXILARES DE ECOESTRUCTURA CONSERVADA, ESTRUCTURAS VASCULARES DE CARACETRISTICAS NORMALES SIN ALTERACION, NODULO DE ASPECTGOI BENIGNO DEL LOBULO DERECHO TIRADS II HALLAZGOS BENIGNOS. T3 3,26 pg/ml, T4 2,47 ng/dl Y TSH 3,22 UI/ML.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION Y DEL METABOLISMO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO		O992		X	4.			
2.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/10/22	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA	☐			REFERENCIA INVERSA	☐		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		