

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	SUNILDA VICTORIA	23	12	1962	61 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708395510	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDL NARANJOS 2 y	098-048-0244 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1708395510	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2024	10	23
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 61 AÑOS APP: DIABETICA DIAGNOSTICADA HACE 10 MESES, HTA HACE 39 AÑOS, CIRROSIS HEPATICA DIAGNOSTICADO HACE 8 MESES. AQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CONSULTA PARA RETIRO DE MEDICACION. PACIENTE TRAE A CONSULTA ECOGRAFIA DE GLANDULA TIROIDES ID: BOCIO TIROIDEO CATEGORIA TIRADS 2. AUMENTA DE LA ECOGENICIDAD DE MANERA DIFUSA. NO SE OBSERVA LESIONES NODULARES TAMPOCO FORMACIONES QUISTICAS. NO SE OBSERVAN ADENOMEGALIAS, TAMPOCO MASA EN EL CUELLO. SE LE ENVIAN LABORATORIOS DE HORMONAS TIROIDEAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA DE GLANDULA TIROIDES ID: BOCIO TIROIDEO CATEGORIA TIRADS 2. AUMENTA DE LA ECOGENICIDAD DE MANERA DIFUSA. NO SE OBSERVA LESIONES NODULARES TAMPOCO FORMACIONES QUISTICAS. NO SE OBSERVAN ADENOMEGALIAS, TAMPOCO MASA EN EL CUELLO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO NO TOXICO, NO ESPECIFICADO	E049	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-23	14:59	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-10-23	14:59	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

