

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MEDRANDA         | CEDEÑO           | SONIA ELIZABETH | 10                  | 06  | 1988 | 38 años, 1 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1718255936        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | EL BEJUCO y                  | 098-582-8986 /       |
| 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                 | 1718255936      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología |  | 2026  | 07  | 13  |
| 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 38 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA PARA REVISIÓN DE RESULTADOS DE ECOGRAFÍA DE TIROIDES, EN LA CUAL SE EVIDENCIA LA PRESENCIA DE NÓDULO TIROIDEO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE, SIN DATOS DE COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL. DURANTE LA CONSULTA SE REALIZA ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS, EXPLICANDO AL PACIENTE LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR EL ESTUDIO PARA DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS DEL NÓDULO, SE CONSIDERA PERTINENTE REFERIR A ENDOCRINOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. RESULTADOS DE ECOGRAFIA LOBULO DERECHO PRESENCIA DE NODULO 1.02CM X 0,58CM, NODULO DE 0,43CM X 0,31CM, NODULO DE 0,75CM X 0,67 CM. LOBULO IZQUIERO PRESENCIA DE NODULO DE 2,33CM X 1,26CM, NODULO DE 0.79CM X 0.59CM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO | E041   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 09:24 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 09:24 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |

