

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ARTEAGA	DOLORES ESPERANZA	10	07	1990	35 años, 2 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1721739603	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA JORGE GALLARDO y	096-729-0974 /
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	1721739603	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	2025	09	18	
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 35 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, ACUDE PARA REVISION DE ECOGRAFIA, REFIERE QUE PREVIAMENTE LE TRATARON POR PATOLOGIA TIROIDEA PERO NO RECIBIÓ CITA CON ESPECIALIDAD, AL MOMENTO REFIERE QUE SUELE PRESENTAR CANSANCIO Y CEFALEAS. NIEGA OTROS SINTOMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE TIROIDES DE ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, LOBULO DERECHO AUMENTAD DE TAMAÑO HOMOGENEO, NO IMAGENES NODULARES NI QUISTICAS, LOBULO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO SE OBSERVA 1 IMAGEN NODULAR HOMOGENEA, VASCULARIZACION NORMAL, ITS MO TIROIDEO NORMAL IDX: NODULO TIROOIDEO DE LOBULO IZQUIERDO DE TIROIDES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	14:47	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA digitalmente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-09-18	14:47	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	