

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMELLO	BERMELLO	MADELAINE MARIBEL	17	02	2005	20 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1754641684	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	ENTRADA LAS DAMAS y	098-176-0936 /
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	1754641684	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Endocrinología	2025	04	01	
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

USUARIO CON APP DE BOCIO MULTINODULAR DE TIROIDES BILATERAL CON ACTUALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS A LA ESPERA DE VALORACION CON ENDOCRINOLOGIA SE TRAMITA REFERENICA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: TSH 0.66 T3 TOTAL 1.62 T4 TOTAL 107 ULTRASONIDO: LOBULO DERECHO MIDE 48X22X23MM VOLUMEN 13.2 CC AUMENTO DE VASCULARIDAD IMAGEN OVALADA CONTENIUDO MIXTO ENCAPSULADA BIEN DEFINIDA CON VASCULARIZACION EN SU INTERIOR LOBULO IZQUIERDO MIDE 40X10X15MM VOLUMEN 3. CC AUMENTO DE VASCULARIDAD IMAGEN OVALADA CONTENIUDO MIXTO ENCAPSULADA BIEN DEFINIDA CON VASCULARIZACION EN SU INTERIOR ADEMAS DE IMAGENES OVALADAS ANECOICAS COMPATIBLES CON QUISTES COLOIDEOS DE 4MM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-01	12:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2025-04-01	12:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	