

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLACIS	VERA	LUIS ALVERTO	25	09	1974	51 años, 10 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308014784	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SESME y	999-999-9999 /
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	1308014784	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2026	08	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE HTA INVERTAL 150MG MAS NAVILA 5 MG DIA DESDE HACE APROX 2 AÑOS, MAS DIABETES CONTROLADO JANUMET 850/50MG DESDE HACE 7 AÑOS APROX. PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE APROX DOS AÑOS SE LE SALEN LOS HOMBROS Y LAS RODILLAS, QUE EL SOLO SE LAS COLOCA. FILTRADO GLOMERULAR 77.3 ML/MIN POR CKD-EPI. EL DIA DE HOY LLEGA CON RESULTADOS DE LABORATORIOS LOS QUE SE REPORTAN EN CASILLA CORRESPONDIENTE, TELÉFONO 0987213013.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMOGLOBINA 17.1 G/DL HEMATOCRITO 50.7 % PLAQUETAS 126.000 GLUCOSA 146 MG/DL UREA 37 MG/DL CREATININA 1.10 MG/DL COLESTEROL 199 MG/DL TRIGLICERIDOS 130MG/DL LDL 130.5 MG/DL HDL 42.4 MG/DL AST 55 U/L ALT 65 U/L HEMOGLOBINA GLICADA 5.8 % ANTITPO 899.90 U/L/ML ANTIPEPTIDOS CITRULINADOS , 3.50 U/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROIDITIS AUTOINMUNE	E063	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	11:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	11:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	