



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                                       |                              |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|-------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD              |                              | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   |  |                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |   |   |   |
| MSP                                                         |  | 001414           | Materno Infantil Carlos Morales Locke |                              | CS        | 1314299163                         |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                       | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Bravo                                                       |  | Bravo            |                                       | Natacha                      |           | Thalia                             |  | M                                                       | 31-08-1995        | 29   | H                       | D | M | A |
|                                                             |  |                  |                                       |                              |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                       | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| 0939147923                                                  |  |                  |                                       | X                            |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                       | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                                       | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                                       | PARROQUIA                    |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   | X    |                         |   |   |   |
| 13                                                          |  | 1307             |                                       | 130750                       |           | 4. Equipos en mal estado.          |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                                       |                              |           | 5. Problemas de infraestructura.   |  |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                          |  |                  |  |                |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|----------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD   |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Endocrinología |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD QUE REFERIA QUE EL DIA NO TOLERA ELFRIOY EL SOL TIENE PIEL SECA TIENE PROBLEMAS DE HIPOTIROIDISMO PRESUNTIVOS |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| NO TOLERA ELFRIOY EL SOL TIENE PIEL SECA                          |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipotiroidismo No Especificado |                                 | E039 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                |                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                |                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-11-13                            | 12:07        | Brissa        |  | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |  |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |    |  |    |  |                        |  |  |    |  |    |  |
|---------------------------------------------|--|--|----|--|----|--|------------------------|--|--|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  | SI |  | NO |  |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
|                                                                                |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |  |                          |  |          |                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |  |
|                                                                                       |  |                          |  |          | //                 |  |



C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF=  
DEFINITIVO

|    | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2. |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |     |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |