



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua		CS-C	1314135458									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano		Zambrano		Maholy		Maricela		M	05-03-2002	22	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO									
0983074298				☒		☐									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		☐									
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA <td colspan="2">2. Falta de espacio físico.</td> <td colspan="4">7. Insuficiencia de profesionales.</td> <td colspan="2">☐</td>		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.				☐	
13				1315		131550		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				X	
				4. Equipos en mal estado.				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				☐	

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	Endocrinologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
FEMENINO DE 51 AÑOS DE EDAD CON APP DE HIPOTIROIDISMO? PACINETE CON PERDIDA DE PESO- ADEMAS PRESENTA TUMORACIÓN A NIVEL DE TIROIDES PACIENTE REFIERE CAÍDA DE CABELLO-ONICOLISIS- ASTENIA- ESTREÑIMIENTO- PIEL SECA- AMERITA VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECO TIROIDEA MAS TSH/T4 LIBRE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hipotiroidismo No Especificado		E039		X	4.					
2.	Bocio Difuso No Toxico		E040		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-04	01:55	Karen	Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310488075				

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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	