



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	Ricaurte	CS	1307428381							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Bermudez	Dueñas	Francisca	Johanna	M	31-12-1975	49	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0983722552		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
13	1303	130356	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
			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
PACIENTE DE 48 ALOS DE EDAD. APP: HIPERTIROIDIS MO DIAGNOSTICADO HACE 8 AÑOS- QUE REFIERE QUE REALIZO TRATAMIENTO CONPROPILTIOURACILO- TIAMAZOL POR MAS O MENOS 1 AÑO- ACTUALMENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPOTIROIDIS MO TRATADA CONLEVOTIROXINA 50MCG AL DÍA- APF: ABUELA MATERNA FALLECIDA CON CA DE UTERO. ABUELA PATERNA FALLECIDA CON CA DE ESTOMAGO.ALERGIAS NO REFIERE. AGO: METODOS ANTICONCEPTIVOS POR 4 AÑOS. AQX: HISTERECTOMIA POR MIOMAS UTERINOS. PACIENTE REFIEREASTENIA- AUMENTO DE PESO- CAÍDA DE CABELLO- TEMBLOR FINO. ACUDE POR SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD HACE 7 MESES. ADEMASREFIERE MASA DOLOROSA EN MAMA IZQUIERDA- AL EXAMEN FISIO: MASA PALPABLE DE 1CM APROXIMADAMENTE- PIEL ACORDE AL RESODEL CUERO- SIN SIGNOS INFLAMATORIOS- SON PRESENCIA DE SERESIONES O GALACTORREA. SE ENVIA SOLICITUD DE MAMOGRAFIA -ECOGRAFIA Y CONTROL S UBSEUENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
XX

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
2025-03-19	03:39	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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	