



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	Convento	CS	1309863460								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Intriago	Pinargote	Viviana	Katerine	M	28-05-1978	46	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
999-999-9999		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	130353	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 46 AÑOS CON APP DE HIPOTIROIDIS MO TRATAMIENTO ANTERIOR CON YODO INACTIVADO Y ACTUALMENTE ENTRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA DE 200 MCG QD. ANTECEDENTES DE ARTROSIS EN TRATAMIENTO CON CALCITRIOL Y CALCIDUAL.ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL MÉDICO. TENSIÓN ARTERIAL 122/78 MMHG. AL MOMENTO PACIENTE ALERTA-ORIENTADA EN S US ESFERAS NEUROLÓGICAS- COLABORATIVA CON EL INTERROGATORIO. AL EXAMEN FÍSICO CABEZANORMOCEFALICA- MUCOSAS HUMEDAS. OJOS: PUPILAS REACTIVAS NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES BOCA: OROFARINGE NOPATOLÓGICA OÍDOS: PERMEABLES CUELLO SE PALPA TIROIDES AUMENTADA DE TAMAÑO. TORAX SIMETRICO. CSPS VENTILADOS. RSCSRITMICOS. SIN ADENOPATIAS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A PALPACIÓN S UPERFICIAL Y/O PROFUNDA RSHSPRESENTES. EXTREMIDADES S SUPERIORES SIN PATOLOGIA. EXTREMIDADES INFERIORES SIN PATOLOGIA. ECOGRAFÍA DE TOROIDESREALIZADA EL 18/2/2025 REPORTA TIROIDES CON MORFODIMENSION DIS MINUIDA CONSIDERAR TIROIDES HIPOACTIVA. NODULOSTIROIDEOS TIRADS III. EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 18/2/2025 TSH 0.15 T3 TOTAL 1.30 T4 TOTAL 8.25. SE REALIZAREFERENCIA PARA ENDOCRINOLOGÍA PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR ESPECIALISTA. SE MANTIENE DOSIS DE MEDICACIÓN.CONTROL POSTERIOR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFÍA DE TOROIDES REALIZADA EL 18/2/2025 REPORTA TIROIDES CON MORFODIMENSION DIS MINUIDA CONSIDERAR TIROIDESHIPOACTIVA. NODULOS TIROIDEOS TIRADS III. EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 18/2/2025 TSH 0.15 T3 TOTAL 1.30 T4TOTAL 8.25.

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
2025-03-27	11:23	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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

MSP			CENTRO DE SALUD	1309863460	
-----	--	--	--------------------	------------	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Convento	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

. .Se Sugiere Levotiroxina 200mcg Al Dia- Se Sugiere Realizar Laboratorio Tiroideo .
--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Hipotiroidismo Consecutivo A Procedimientos	E890		X	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	
1310932148				