



| 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           | Chone                            | CS-C                      | 1307663664                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |   |
| Moreira                                                     | Moreira          | Jessenia                         | Mercedes                  | M                                | 19-12-1976                         | 48                                                      | H                       | D | M | A |  |  |   |
|                                                             |                  |                                  |                           |                                  |                                    |                                                         |                         |   |   | X |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| 098-244-3961 /                                              |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                  |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |  |  | X |
| 13                                                          | 1303             | 130350                           | 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 AÑOS DE EDAD- APP HIPOTIROIDIS MO- APQ TIROIDECTOMIA TOTAL- REFIERE QUE TENIA S US CONTROLESS UBSECUENTES EN SOLCA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO- EN ESTOS ÚLTIMOS MESES MESES PRESENTA DOLOR EN LAS ARTICULACIONES- ACOMPAÑADO DE DECAIMIENTO- Y MALESTAR GENERAL- ESTA TOMANDO LEVOTIROXINA 0.15 MG QD. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HEMATOLOGIA: BIOMETRIA HEMATICA NORMAL DENTRO DE LOS PARÁMETROS. QUIMICA: UREA: 31.93 MG/DL- CREATIINA:0.68 MG/DL-ACIDO URICO: 2.27 MG/DL- COLESTEROL TOTAL: 179.31 MG/DL- TRIGLICERIDOS: 57.02 MG/DL. OTROS ANALISIS: GOT: 20.21: U/L- GPT:14.06 U/L |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO  | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Otros Hipotiroidismos Especificados | E038 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                     |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                     |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-03-26                            | 08:46        | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1314783083                            |              |               |                 |                  |

| 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 TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 1307663664                       |                   |

## 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                     | Centro De Salud Tipo C (Chone) | 13D07    | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|                                              |
|----------------------------------------------|
| .Se Sugiere Realizar Laboratorio Tiroideo- . |
|----------------------------------------------|

| F. DIAGNÓSTICO |                                             | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |