



| 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                                |                | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                      |                  | 3. Falta de equipamiento.        |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   |                  | 4. Equipos en mal estado.        |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| 13                                                          |                  | 1303                             |                | 130353                                                  |                  | X    |                         |   |   |   |
|                                                             |                  | 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<br>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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |