



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	1313798728								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Bravo	Basurto		Maria		Mercedes	M	26-04-1993	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN						
0988687069			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		☒				
13	1315	131550	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	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
FEMENINA DE 32 AÑOS CON HO: G2 A1 P0 C0.- APP: HIPERTIROIDISMO PARA LO CUAL LLEVABA TRATAMIENTO CON TAPAZOL 5MG QD.- FUE SUSPENDIDO DICHO MEDICAMENTO POR EL EMBARAZONTE CON GESTACIÓN DE 23 SEMANAS POR FUM. 16/07/2025 Y FPP: 22/04/2026. COINCIDE CON ECOGRAFIAS TEMPRANAS. EX. GINECOLOGICO: NO EXPLORADO POR FALTA DE CONDICIONES E INSUMOS... (NIEGA FLUJO). SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES Y EX. DE LAB. INCLUIDO EL PERFIL TIROIDEO.SE REFIERE A II NIVEL PARA SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO POR SER UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SCORE MAMA: 0

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.					
2.	Otros Trastornos Especificados De La Glandula Tiroides		E078		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-16	03:12	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	