

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	MARIANA DEL ROSARIO	05	10	1964	61 años, 0 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0911139806	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GENERAL SERRANO y	099-579-4858 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0911139806	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	10	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva ☒

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☐

Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clínico

MUJER DE 61 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA HIPOTIROIDISMO Y FIBRILACION AURICULAR ACUDE A CONSULTA . PACIENTE REFIERE AUMENTO DE PESO QUE NO SE COMPRUEBA CON LOS VALORES DE PESO EN CONSULTAS ANTERIORES, CAIDA DE CABELLO Y ASTENIA ADEMAS REFIERE QUE SIENTE MASA EN CUELLO , AL EXAMEN FISICO NO SE VISUALIZA, BOCIO, SIGNSO VIOTALES 106/57MMHG IMC 34 HOY ASINTOMATICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LABORATORIOS : TSH: 2.00 uIU/ml, T4 LIBRE: 1.64 ng/dl, ANTI-TPO: 168.97 iu/ML, Anti-tiroglobulina 9.25 IU/ml PLAN FARMACOLOGICO INDICACIONES DE ENDOCRINOLOGIA LEVOTIROXINA 12,5MG VO QD AYUNAS HACE 3 AÑOS ,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROIDITIS, NO ESPECIFICADA	E069	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	14:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	14:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	