

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	ARTEAGA	MARIA DEL CARMEN	14	09	1969	55 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0911506038	MANABI	CHONE	RICAURTE	VÍA FLAVIO ALFARO y PAVON	098-772-9484 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0911506038	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2025	01	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD. APP: HTA EN CONTROL CON LOSARTAN 100MG VO QD; CATETERISMO CARDÍACO EN EL 2020. NÓDULO DE TIROIDES DX HACE 4 AÑOS AL MOMENTO SIN SEGUIMIENTO. APF: APQX: 3 CESÁREAS, APENDICECTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA. ALERGIA: DESCONOCE. FÁRMACOS: COLÁGENO HIDROLIZADO, LOSARTÁN 100MG, CITRATO DE MAGNESIO, OMEGA 3. PACIENTE AL MOMENTO ACUDE A LA CONSULTA CON HTA NO CONTROLADA, SIN EMBARGO, SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA. ADEMÁS AL MOMENTO ACUDE A LA UNIDAD CON ECOGRAFIA DE TIROIDES QUE REPORTA: LOBULO DERECHO NODUULOS RIOIDEO PATRON MIXTO CON VASCULARIDAD LEVE EN PERIFERIA Y EN PRESENCIA DE 2 MICROCLACIFICACIONES, LOBULO IZQUIERDO 1 QUISTE. LIPOMA LATERAL EN BASE DE CUELLO DERECHA. LIPOMA A NIVEL CERVICAL (C7). SE INDICA SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA. 0987729484 TELÉFONO DE CONTACTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: COLESTEROL 172 TRIGLICERIDOS 212 AC URICO 6.5 T3 1.01 T4 5.60 TSH 5.73

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	13:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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 clinico

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
2025-01-09	13:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

