

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
YUPANQUI	HERAS	MILDRE IVON	16	07	1984	41 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0924183452	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CULEBRA y	097-895-3332 /
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	0924183452	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	03	02
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	☐	YA TIENE SEGUIMIENTO EN SEGUNDO NIVEL	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE CON RESULTADOS DE LABORATORIO EL CUAL INFORMA H PYLORI POSITIVO CON SINTOMAS DIGESTIVOS COMO EPIGASTRALGIA, DISTENSIÓN ABDOMINAL, FLATULENCIA, EN OCASIONES DIARREA Y EN OCASIONES ESTREÑIMIENTO. RESTO DE LABORATORIO LLAMA LA ATENCIÓN COLESTEROL TOTAL DE 351 HDL 36 LDL 238.04 TRIGLICÉRIDOS 246.11 TGO 50 TGP 37, PACIENTE MEDICADA CON LEVOTIROXINA DE 112 MCG POR ELEVACIÓN DE TSH, SE VUELVE A DAR REFERENCIA Y SE ENVIA NUEVO CONTROL DE TSH, FT3 FT3 Y TPO. 0978654713 (NIURKA ROMERO HIJA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	E038		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-02	11:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-03-02	11:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

