

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ALVAREZ	AILHYN GABRIELA	23	12	2011	14 años, 5 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0943721787	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA MANTA QUEVEDO y	099-462-0279 /
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	0943721787	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2026	06	08
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 clinico

PACIENTE ADOLESCENTE, CON APP DE HIPERTIROIDIS MO DE HACE APROX 1 AÑO DE EVOLUCION DX EN CLINICA PARTICULAR EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL (ENDOCRINOLOGO).... REFIERE QUE SUSPENDIO TTO POR ESACAS O RECURSO Y QUE PERDIO SEGUIMIENTO POR DESPLAZAMIENTO Y CAMBIO DE DOMICILIO..... PRES ENTA CUADRO CLINICO RECURRENTE CARACTERIZADO POR CAIDA DE CABELLO + UÑAS QUEBRADIZAS + PERDIDA DE PESO CUANTIFICADO + TRASTORNOS MENSTRUALES (AMENORREA) + HIPERHIDROSIS + PALPITACIONES + MALESTAR GENERAL. PRESENTA ADEMAS RESULTADO DE RX. AP - LATERAL COLUMNA DORSAL DONDE SE EVIDENCIA ** ES COLIOSIS DORSAL **.... ID: HIPERTIROIDIS MO.... PLAN SE REALIZA REFERENCIA A HEP ENDOCRINOLOGIA PARA REALIZACION DE PRUEVAS ESPECIALES E INICIO DE TTO CON METIMAZOL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIRO TOXICO SIS, NO ESPECIFICADA	E059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-08	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-06-08	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

