

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1271	CENTRO DE SALUD SAN BARTOLO		A	1302393523		1302393523						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
QUIJANO		ALAVA		MIRYAM		PAULINA		F	30/6/1954	71	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
989167774										MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive						
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABI				5. Problemas de infraestructura.										
		BOLIVAR		CALCETA										
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		ENDOCRINOLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
PACIENTE ADULTA MAYOR CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50 MCG VO QD. AL MOMENTO PESE A LA MEDICACION NO HAY MEJORIA CLINICA PRESENTA ESTREÑIMIENTO, CAIDA DE CABELLO, DEBILIDAD FATIGA Y ALTERACION EN LA CONCILIACION DEL SUEÑO														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
ESTUDIO ECOGRAFICO QUE REPORTA TIRADS 2														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF						CIE	PRE	DEF		
1. HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO		E039		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
2026-01-20		15h00		MARGARITA SALOME		QUIROZ		GILER						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO								
1309650404														
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		TIPOLOGÍA	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 CLINICO														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO 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								