

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECIBO	A	1302465925								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
COAVOY		ESPINOZA		ELFIA		CORINA	F	14-11-1943	81	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0995261544		IESS		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive			
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				X			

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

ADULTO MAYOR CON APP DE DIABETES TIPO 2 EN TTO CON TRESIVA 15 UI ANTES DEL DESAYUNO, TRAYENTA DUO 850 /2,5 MG DESPUES DE MERENDAR. PRESENTA CUADRO DE MAS MENOS 30 AÑOS DE EVOLUCION DE HIPOTIROIDISMO QUE FUE TRATADO EN UN PRINCIPIO CON EUTIROX 50 MCG LUEGO SUBIERON LA DOSIS A 75 MCG, PACIENTE NO LLEVABA CONTROL HACE MUCHO TIEMPO, ACUDE A ESTA CONSULTA Y SE LE ENVIA A REALIZAR TSH Y T4 CON VALORES REGISTRADOS ABAJO. SE PROCEDE A SUBIR DOSIS 100 MCG DE LA DOSIS QUE TENIA EN LA PRIMERA SEMANA, EN LA SEGUNDA SEMANA SE ESTABLECE UNA DOSIS DIARIA DE 100 MCG EN AYUNAS TODOS LOS DIAS DE LA SEMANA Y SE PIDE CONTROL EN 30 DIAS DE TSH Y T4 LIBRE.

EXAMEN FÍSICO: TIROIDES NO VISIBLE, NO PRESENCIA DE NODULOS, ANTE ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

LABORATORIO 9 DE JULIO 2025: TSH: 31.67 UI T4 LIBRE 1.14

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO 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
25/07/2025	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308639879				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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	TIPOLOGIA	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= PRESUNTIVO 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	