

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1303506735	1303506735						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ORDÓNEZ	ORDÓNEZ		MERCEDES	DOMITILA	F	25/8/1962	62	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0- 98 644 2326			x									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO									
PROVINCIA			CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.					
MANABI			FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		2. Falta de espacio físico.					
							3. Falta de equipamiento.					
							4. Equipos en mal estado.					
							5. Problemas de infraestructura.					
							6. Problemas de abastecimiento.					
							7. Insuficiencia de profesionales.					
							8. Inadecuada capacidad resolutive					X
							9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CHONE	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS EDAD. APP HTA DE 20 AÑOS CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG DIA. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA FRONTAL INTENSA , ACOMPAÑADA DE VERTIGO Y ACÚFENOS. AL MOMENTO EXÁMEN FISICO ACTUAL CABEZA Y CUELLO S/P NO ADENOPATÍAS TÓRAX CSPS CLAROS VENTILADOS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN DEPRESIVO BLANDO NO DOLOROSO EXTREMIDADES S/P NO EDEMAS. SIGNOS VITALES PRESIÓN 140/80MMHG, PULSO 76 , SAT98% , T 36° RESPIRACIÓN 18 X GLASGOW 15/15. CARDIÓLOGA INDICA VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGIA AL OBSERVAR VALORES ALTOS DE PRUEBAS TIROIDEAS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE REQUIERE VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF								
1. HIPERTIROIDISMO		X		4.							
2.				5.							
3.				6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/03/2025	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

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	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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	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	