

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	GARCIA	ROSA MELIDA	20	04	1955	71 años, 3 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303829251	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EL CARMEN y SN	099-123-0052 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303829251	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

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

PACIENTE ACUDE A SU CONTROL DE MORBILIDAD Y REVISION DE EXAMENES COLESTEROL TOTAL:321 MG/DL, TRIGLICERIDOS 215 MG/DL, UREA:53 MG/DL, CREATININA:1.2MG/DL,TGO:35.9 U/I, TGP:28.1U/I,T3 TOTAL:0.67NG/ML,T4 TOTAL: 6.31 UG/DL,FT3(T3 LIBRE) 1.92 PG/ML,FT4 0.61NG/DL,TSH 1.89 U/U/ML,PROGESTERONA 0.19 NG/ML, ESTRADIOL 11,36 PG/ML , DONDE SE EVIDENCIA TRASTORNOS ENDOCRINOMETABOLICO POR LO QUE SE REFIERE CON ENDOCRINOLOGIA A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE LA GLANDULA TIROIDES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	E350		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-06	08:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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
2026-08-06	08:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	