

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MESA	REYES	JACINTO TRINIDAD	12	12	1960	65 años, 2 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304293655	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SITIO BELLAVISTA y SITIO BELLAVISTA	098-571-6362 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304293655	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2026	03	01
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 MASCULINO CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DIAGNOSTICADA HACE APROXIMADAMENTE 7 AÑOS, EN MANEJO FARMACOLÓGICO CON METFORMINA 1500 MG/DÍA (PREVIAMENTE 500 MG CADA 12 HORAS); HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO HACE 7 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100 MCG VO CADA DÍA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE APROXIMADAMENTE 28 AÑOS DE EVOLUCIÓN EN MANEJO CON LOSARTÁN 100 MG VO CADA DÍA; DISLIPIDEMIA TRATADA CON ATORVASTATINA 20 MG VO CADA DÍA; Y ANTECEDENTE DE EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO HACE 7 AÑOS, SIN SECUELAS MOTORAS REFERIDAS AL MOMENTO. REFIERE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HABITUAL Y NIEGA CAMBIOS RECIENTES EN SU ESQUEMA FARMACOLÓGICO. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE SUS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE BASE, SIN SÍNTOMAS AGUDOS AL MOMENTO. NIEGA CEFALEA INTENSA, DOLOR TORÁCICO, DISNEA, PALPITACIONES, ALTERACIONES VISUALES O DÉFICIT NEUROLÓGICO NUEVO. ADICIONALMENTE REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES FUE SOMETIDA A PROCEDIMIENTO DE CATETERISMO VASCULAR POR EVENTO DE EMBOLIA ARTERIAL, POSTERIOR AL CUAL SE INDICÓ MANEJO FARMACOLÓGICO CON CILOSTAZOL 100 MG Y RIVAROXABÁN 20 MG, SIN EMBARGO MANIFIESTA QUE NO HA REALIZADO CONTROLES MÉDICOS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO, NI VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA SEGUIMIENTO DEL EVENTO VASCULAR Y AJUSTE TERAPÉUTICO. EN EL CONTEXTO DE MÚLTIPLES COMORBILIDADES CRÓNICAS (METABÓLICAS, ENDOCRINOLÓGICAS Y CARDIOVASCULARES), ASÍ COMO ANTECEDENTE RECIENTE DE EVENTO TROMBOEMBÓLICO ARTERIAL CON MANEJO ANTITROMBÓTICO ACTUAL, SE CONSIDERA PERTINENTE CONTINUAR CONTROL MÉDICO ESPECIALIZADO PARA VALORACIÓN INTEGRAL DEL CONTROL METABÓLICO, FUNCIÓN TIROIDEA, PERFIL LIPÍDICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL, ADEMÁS DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE INICIADO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO VASCULAR. PACIENTE ACUDE CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, SIN DATOS DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA, POR LO QUE SE PLANIFICA CONTINUIDAD DE MANEJO Y VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA Y CONTROL EVOLUTIVO DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA. PACIENTE SIN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ACTUALES. SE SOLICITA VALORACIÓN Y CONTROL POR ENDOCRINOLOGÍA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-01	12:03	Medicina Rural	KEILY MISHIEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	

Firmado electrónicamente por:
KEILY MISHIEL
VILLAMIL ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

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



Firmado electrónicamente por:
ESTEFANIA ZORAYDA
SAAVEDRA MOREIRA
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-01	12:03	Medicina Rural	KEILY MISHIEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	