

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MARCILLO	RITA WILFRIDA	27	11	1953	72 años, 3 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305149880	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-513-0577 / (99)-513-0577
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1305149880	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	03	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	HIPOTIROIDIS MO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO LOSARTAN 50MG E HIPOTIROIDIS MO LOVOTIROXINA 25MG + ARTRITIS REUMATOIDEA CON METOTREXATE LOS LUNES, ACUDE POR ACTUALIZACION DE REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA Y PRESENTA DOLOR EN REGION LUMBAR DESDE HACE 2 DIAS, MENCIONA QUE NO IRRADIA A NINGUN LADO, NO MENCIONA DISURIA, NO SANGRADO, NO MAREO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA REACTIVA COLABORA CON INTERROGATORIO, AFEBRIL PRESENTA PRESION DE 90/60, SE REVALORA 90/62 0995130577 - 0969001656

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOTIROIDIS MO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	09:07	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-03-11	09:07	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

