

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAVARRIA	ZAMBRANO	ADELAIDA TRINIDAD	24	05	1964	60 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305150706	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 20000 y	099-212-4672 /
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	1305150706	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2024	12	05
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 FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD. CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE HIEPRTENSION ARTERIAL HACE 7 AÑOS EN CONTROL CON LOSARTAN DE 100 MG. ENFERMEDAD TIROIDEA DESDE HACE 3 AÑOS EN CONTROL CON LEVOTIROXINA 100 MCG. G4A1C3. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. HABITOS: NIEGA. APQX: MIOMECTOMIA E HIS TERECTOMIA. HERNIORRAFIA. APF: DIABETES E HTA PADRES Y HERMANOS. CA DE TIROIDES HERMANA. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS MESES, CAIDA DE CABELLO, UÑAS QUEBRADIZAS, REFIERE HABER TENIDO ULTIMO CONTROL HACE 4 MESES, MEDICO SOLICITO EXAMEN PARTICULAR Y POSTERIOR CONTROL CON ESPECIALISTA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTA UNIDAD. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-05	11:10	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-12-05	11:10	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

