

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	DOMINGUEZ	ROSA DOLORES	30	09	1966	59 años, 7 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305296517	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SANTA TERESITA y SANTA TERESITA	099-216-4298 /
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	1305296517	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2026	05	07
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE HTA CON TTO CON LOSARTAN 50mg UNA TABLETA DIARIA, AGENESIA RENAL Y QUISTE DE TIROIDES SIN TTO MEDICO, REFIERE EN OCASIONES SOFOCOS, CALORES, RONCA EN LAS NOCHES Y PERDIDA DEL TONO DE VOZ, RIESGO CV A 10 AÑOS: 3% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 5 (BAJO). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACIÓN ESPECIALIZADA.

****0962632060 - 0985966204***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: FT3: 5.05 pmol/L, FT4: 22.73 pmol/L, TSH: 0.94 mIU/L CREATININA: Creatinina: 0.7 mg/dl, Urea 27 mg/dl

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO		E079		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	15:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-07	15:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	