

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	1339	CENTRO DE SALUD FRUTILLO	A	1305724708			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) MESES
Muñoz	Navarrete	Bernardita	Monserate	M	14/08/67	58	x
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN				
998121054	SEGURO CAMPESINO	☒	☐				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.
			3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria
			4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
			5. Problemas de infraestructura.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON INSULINA RAPIDA 10 UI EN LA MAÑANA Y METFORMINA 750 MG POR LAS NOCHES + HIPERTENSION LOSARTAN DE 50 MG BID + CLORTALIDONA DE 25 MG QD + ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG QD + ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CAIDA EXCESIVA DEL CABELLO + CEJAS + PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA + DOLOR EN EL CUELLO + CALAMBRES + PARESTESIAS + CANSANCIO. AL EXAMEN FÍSICO SE PALPA TIROIDES ABULTADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

T3: 2.23, T4: 98.35, TSH: 0.23, ECOGRAFÍA DE CUELLO PENDIENTE.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		DEF
1.	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLANDULA TIROIDES		E078		X	4.	
2.	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES MULTIPLES		E107		X	5.	
3.						6.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-12	08:00:00	DIGNA	MORA	VINCES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312030289				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		DEF
1.						4.	
2.						5.	
3.						6.	

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	