

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	FARIAS	ROSA ELVIRA	25	01	1956	68 años, 11 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306257492	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y SAN ANTONIO	098-623-7250 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1306257492	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2024	12	30
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

☐

REFERENCIA INVERSA POR HIPOTIROIDISMO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ESTÀ EN CONTROL POR HIPOTIROIDISMO MEDICADA CON 50 MCG DE LEVOTIROXINA, LABORATORIO DEL 1 DE SEPTIEMBRE 2024 TSH 1.45 Y FT4 1.02 AL MOMENTO ASINTOMÀTICA LLEGA CON REFERENCIA INVERSA EN LA CUAL ENDOCRINOLOGIA SOLICITA NUEVO CONTROL AL MOMENTO. LABORATORIO TIENE AGENDADO EN HNDC PARA ENERO 7/2025. ADEMÀS CON HTA MEDICADA CON LOSARTAN 50 MG, CLORTALIDONA 12.5. 0988782954 (ESTELA NAPA HIJA) AL MOMENTO INFORMA SOBRE DOLOR EN ZONA LUMBO SACRA DE 10 DÌAS DE EVOLUCIÒN QUE DIFICULTA LA MOVILIZACIÒN Y CALMÒ CON AINES PARENTERAL EN EMERGENCIA. PATRONATO EL CARMEN AL EXMAEN FISICO LASSAGE NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	12:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-12-30	12:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

