

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                                   | 1245             | CS 24 H JUNIN                                           | C                           | 1306373224                       | 1306373224        |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                           | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| ZAMBRANO                              | FAJARDO          | MARIELA                                                 | GIOCONDA                    | M                                | 12/05/1968        | 56   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN                  |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| CALLE VELASCO IBARRA / 0990897702     |                  | X                                                       | MOTIVO                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                                               | 2. Falta de espacio físico. |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| MANABÍ                                | JUNÍN            | JUNÍN                                                   | 3. Falta de equipamiento.   |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 4. Equipos en mal estado.                               |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 5. Problemas de infraestructura.                        |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | X                                                       |                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                |
|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD   |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | ENDOCRINOLOGÍA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 56 años de edad, con diagnóstico de hipotiroidismo no especificado bajo tratamiento con levotiroxina 100 mcg/día desde hace 18 años atrás. Acude a consulta de control y seguimiento. menciona que se encuentra bien, se constata taquicardia, leve aumento de peso, no aumento de volumen en cuello; no alopecia; desea continuar con el seguimiento de su patología de base.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

TSH: 7.30 mIU/L  
T4: 8.85 UG/DL  
T3: 1.60 NMOL/L

E. DIAGNOSTICO

|                 |                                     |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|-------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF=                                | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS | E038 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              |                                     |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                                     |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 1900-01-00                            | 12.29        | RONALD        | LOOR            | QUIROZ           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1312184177                            |              |               |                 |                  |

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
|                        |    |    |                        |    |    |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

|                 |      |     |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |