

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	JESSENIA MERCEDES	19	12	1976	48 años, 10 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307663664	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y PRINCIPAL	098-244-3961 /
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	1307663664	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	10	27
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 48 AÑOS DE EDAD, CON APP HIPOTIROIDISMO CON LEVOTIROXINA (137 MG QD), ARTROSIS, ESCOLIOSIS. APQ TIROIDECTOMIA TOTAL, ALERGIA: SULFAS. REFIERE QUE TIENE SUS CONTROLES SUBSECUENTES EN EL HOSPITAL NAPOLEON DÁVILA CON EL AREA DE ENDOCRINOLOGIA, ACUDE PARA CONTINUAR CON ESPECIALISTA DEBIDO A QUE POR FALTA DE AGENDAMIENTO NO PUDO DARLE CITA SUBSECUENTE. TRAR CONSIGO CONTRAREFERENCIA LA CUAL INDICA, QUE NECESITA NUEVA REFERENCIA PARA SUBCECUENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-27	14:01	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO		42 Validado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-10-27	14:01	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	