

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ALCIVAR	ANGELA GLORIA	02	08	1973	51 años, 5 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307864221	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE SN y CALLE SN	095-994-3451 /
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	1307864221	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Endocrinología	2025	01	21	
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 51 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO, AL MOMENTO DE LA CONSULTA ACUDE CON RESULTADOS DE LABORATORIO DONDE SE CONSTATA TSH ELEVADA, NO HA TENIDO CONTROL CON ESPECIALIDAD DESDE HACE VARIOS AÑOS, ADEMÁS PRESENTA VALORES ALTERADOS DE GLICEMIA Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA, REQUIERE CONTROL POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: UREA:22.86; CR:0.97; GLUCOSA: 129.81; HEMOGLOBINA GLICOSILADA: 7.04; GLUCOSA MEDIA ESTIMADA: 155.35; COLESTEROL: 237.46; TRIGLICERIDOS: 212.28; ACIDO URICO: 5.14 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HGB:13.8, HTO:41.6; LEU:7410; NEU:52.7: 35.2%; PLAQUETAS 260 OTROS ANALISIS: T3: 1.18; T4: 7.21; TSH: 14.52

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	08:13	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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