

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	FARFAN	CRUZ ISAVEL	27	06	1974	51 años, 8 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307984466	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-176-5939 /
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	1307984466	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	03	16
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 FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD. APP: HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA DE 50 MG . APQX: SALPINGECTOMIA BILATERAL. ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES REPORTADOS EN SISTEMA. REFIERE CONTROLES EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE CON ENDOCRINOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE , ACTIVA , REACTIVA , COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0961298021/ OTROS ANALISIS: GLUCOSA EN AYUNAS 67.63 COLESTEROL TOTAL TRIGLICERIDOS 75.60 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): ASPECTO FLUIDO TURBIO , COLOR AMARILLO AMBAR , ALBUMINA NEGATIVO , GLUCOSA NEGATIVO , PROTEINAS NEGATIVO , PH 6 ACIDA , C.CETONICOS NEAGTIVO , BILIRRUBINAS NEGATIVO , NITRITOS NEGATIVO , DENSIDAD 1020 , LEUCOCITOS 12X CAMPO , HEMATIES 6X CAMPO , BACTERIAS ++.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	14:53	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-03-16	14:53	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	