

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	OSTAIZA	ALEXANDRA TULIA	19	08	1975	50 años, 7 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308034766	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA 6 DE DICIEMBRE y PRIMERA ETAPA	098-502-4907 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1308034766	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	04	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO, BIOMETRIA NORMAL, SE REPORTA HIPELIPIDEMIA MIXTA, NO SE REALIZA EXAMENES DE PERFIL TOROIDEOS ENVIADOS POR ESPECIALIDAD, FUE VALORADA POR ENDOCRINOLOGIA 23-03-2026, QUIEN ENVIA CON REFERENCIA INVERSA DONDE SUGIERE REALIZAR REFERENCIA PARA SU REVALORACION, AHORA ASINTOMATICA, ESTBLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, ORIENTADA,
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos5.46 Hemoglobina14.5 Hematocrito46.4 Plaquetas346 Glóbulos Blancos8.53 Linfocitos (%)40.1 Neutrófilos (%)52.4 ACIDO URICO: 4.51 ALT (SGPT): 24.68 AST (SGOT): 26.41 COLESTEROL: 343 CREATININA: 1.07 TRIGLICERIDOS: 209.3

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-15	08:14	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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

