

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VALDEZ	VIVIANA VICENTA	02	08	1977	47 años, 11 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308277357	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CELLE CESAR OVIDIO VILLAMAR y	099-613-3237 / (05)-268-5931
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	1308277357	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	07	30
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 clínico

MUJER DE 47 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO HACE 6 AÑOS (REFIERE SINTOMAS HACE 14 AÑOS) EN TRATAMIENTO 2 AÑOS LEVOTIROXINA 125MCG LUNES A VIERNES 100MCG SABADO DOMINGO. CON CUADRO TAQUICARDIA EN TRATAMIENTO BISOPROLOL 5 MG VO QD .REFIERE SINTOMAS DISFONIA DE 2 AÑOS PERMANENTE. TRASTORNO DEL SUEÑO, CEFALEA ASTENIA, MAREO Y MALESTAR A PESAR DE MEDICACION. TAMBIEN REFIERE SINTOMAS DE DISPEPSIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE ECO DE CUELLO LOBULOS SIN ALTERACION, ITS MO DE ESPESOR DISMINUIDO 1,2MM I D TROIDES DE VOLUMEN DISMINUIDO/ECOGENESIDAD ALTEARDA TIRADS 2 RESULTADO HORMONAL THS 1,05 T3 LIBRE 4,1 T4 LIBRE 1,8

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	E038		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	14:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-07-30	14:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	