

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VALDEZ	VIVIANA VICENTA	02	08	1977	48 años, 7 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	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		2026	03	10
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

MUJER DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO HACE 6 AÑOS (REFIERE SINTOMAS HACE 14 AÑOS) CONTROL Y SEGUIMIENTO HOSPITAL CHONE ENDOCRINOLOGIA EN TRATAMIENTO ACTUAL LEVOTIROXINA 88MCG JUEVES A DOMINGO 100MCG LUNES A MIERCOLES .REFIERE SINTOMAS DISFONIA DE 2 AÑOS PERMANENTE. TRASTORNO DEL SUEÑO, CEFALEA AS TENIA, Y DOLOR POLIARTICULAR TAMBIEN REFIERE SINTOMAS DE DISPEPSIA HOY CON PERSISTENCAIO DE SINTOMAS YA DESCRITOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CON RESULTADO HORMONALES **TSH 6.6 T3 LIBRE 3.12 T4 LIBRE 1,3

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	E038		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	12:05	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
2026-03-10	12:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	