

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	MOREIRA	GLADYS MARIBEL	01	02	1978	48 años, 1 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309045134	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-222-2471 /
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	1309045134	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	03
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	☐	HIPOTIROIDISMO CONSECUTIVO A PROCEDIMIENTOS	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100 MCG VO CADA DIA, QUIEN PRESENTA CAÍDA DIFUSA DE CABELLO DE INSTALACIÓN PROGRESIVA, ASOCIADA A ONICÓLISIS, PIEL SECA GENERALIZADA, ASTENIA PERSISTENTE Y CAMBIOS EN LA VOZ CARACTERIZADOS POR DIS FONÍA LEVE, PALPITACIONES, INTOLERANCIA AL CALOR. NIEGA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TSH 9.83mIU/L (0.3 - 4-2), T4 TOTAL 4.57 ug/dL (5.1 - 14) ULTRASONIDO: PUNCION ARPIRATIVA POR AGUJA FINA PARA BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA. PAAF DE LESION NODULAR EN EL LOBULO DERECHO DE TIROIDES: NEGATIVO PARA CELULAS NEOPLASICAS MALIGNAS, GRUPÔ DE CELULAS FOLICULARES SIN ATIPIA, BETHESDA II. CITOLOGIA NEGATIVA PARA MALIGNIDAD. TELF: 0982222471

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO CONSECUTIVO A PROCEDIMIENTOS	E890		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	08:43	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-03-03	08:43	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

