

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MOLINA	DOLORES MARGARITA	28	01	1976	50 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309047718	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y A MNO DERECHA DEL RIO	098-772-3949 / (99)-999-9999
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	1309047718	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	03	18
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

FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD TIPO II APP: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA INTERMITENTE CARACTERIZADO POR DEBILIDAD, CAIDA DEL CABELLO, Y AUMENTO DE PESO. TRAE CONSIGO LABORATORIOS 22/01/2026 QUE REPORTAN: TSH 5.49 mLU/L, T3 TOTAL 2.34 nmol/L, T4 TOTAL 193.9 nmol/L.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TSH 5.49 mLU/L, T3 TOTAL 2.34 nmol/L, T4 TOTAL 193.9 nmol/L.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO POR DEFICIENCIA DE YODO	E02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	08:25	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-03-18	08:25	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	