

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INDIO	SOLIS	ROSANNA IVONNE	18	05	1979	45 años, 2 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	1309555124	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BELLAVISTA CALLE JOSE SANCHEZ y SITIO BEBEDERO	0981645258 /
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	1309555124	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Red Complementaria	hospitalnapoleon davila cordova	Consulta externa	Endocrinología	2024	08	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

CON ESTE APP ACUDE A LA CONSULTA PACIENTE QUE TIENE PROBLEMAS DE LA TIROIDES (HIPOTIROIDISMO) SU TTO ES CON LEVOTIROXINA, QUE ACUDE POR CONTROL MÉDICO. REFIERE SENTIR CANSANCIO ÚLTIMAMENTE. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA. EXAMEN FÍSICO SIN PATOLOGÍA APARENTE. SE REALIZA ORDEN DE EXÁMENES DE LABORATORIO. DOY MEDIDAS GENERALES, PAUTAS DE ALARMA, CONTROL SUBSECUENTE CON CITA PREVIA. PACIENTE SE LE HACE NUEVA REFERENCIA POR PERDER LA CITA CON ENDODRINOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0994696548

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-15	15:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

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
2024-08-15	15:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

