

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PROAÑO           | ZAMBRANO         | RONALD JOSE | 13                  | 02  | 1978 | 48 años, 4 meses, 5 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309635009        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SITIO GUABAL y               | 098-613-0390 /       |
| 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                 | 1309635009                               | MATA PALO                | CENTRO DE SALUD TIPO A |                | 13D06 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Endocrinología | 2026           | 06  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad   | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO, PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100MCG VO QD DE LUNES A JUEVES Y 50MCG VO VIERNES A DOMINGO, CURSA CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DESMAYO DE CORTA DURACION, ASTENIA, MAREOS FRECUENTES, ADEMAS DE DOLOR PRECORDIAL OCASIONAL DE INTENSIDAD VARIABLE Y SENSACION DE BOCA SECA. SE REALIZO ESTUDIO DE FUNCION TIROIDEA EL 16/06/2026 CON RESULTADOS: TSH: 9.19 Y FT4: 0.83. SE AUMENTA DOSIS A 125MG DE LUNES A JUEVES Y 100MG VO DE VIERNES A DOMINGO. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                     |
|-------------------------------------|
| T4 LIBRE/TOTAL: FT4: 0.83 TSH: 9.19 |
|-------------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-18 | 08:46 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-18 | 08:46 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |