

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		1410	HBAGA		B	1309772208		1309772208				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		ROSADO		FANNY		F	16/10/70	55	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO			
0989844016 / 0967490454						X	X		☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuadas capacidades resolutivas. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA									
MANABÍ		BOLÍVAR	CALCETA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD, CON APP HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN TT LEVOTIROXINA 75 MCG VO MEDIA HORA ANTES DEL DESAYUNO. NO REFIERE ALERGIAS. APQX: 1CESAREA ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA CONTROL MEDICO DE RUTINA Y RETIRO DE SU MEDICACION, REFIERE CEFALEA DE INTENSIDAD LEVE EN OCASIONES DE PREDOMINIO MATUTINO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, LUCE HIDRATADO, PA:105/57. AL EXAMEN FISICO: NO TIEMPO Y ESPACIO, GLASGOW 15/15. PACIENTE QUE ACTUALIZA ECOGRAFIA DONDE REPORTA TIROIDES DE ECOGENICIDAD ALTARADA VASCULARIDAD AUMENTADA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO. *SIGNOS VITALES*: PA: 120/80 FC: 87 LXM FR: 19R/M TEMP: 36.8 SAT02: 98 %	

E. DIAGNÓSTICO	
PRE-EXISTENTE	DEFINIDO
1. HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (pp-hh)
2025-10-06	14H00
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1311550667	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
SI NO	SI NO
CONTRAREFERENCIA ☐	REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
PRE-EXISTENTE	DEFINIDO
1.	
2.	
3.	

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (pp-hh)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA