

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DELGADO	MARIA LORENA	01	04	1983	43 años, 1 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309776159	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MOSQUITO y LA GUABINA	099-072-6977 /
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	1309776159	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	05	27
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

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD, APP: HIPOTIROIDISMO DIAGNÓSTICADO DESDE EL AÑO 2019 EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA DE 50 MCRG, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN TRATAMIENTO CON BISOPROLOL 1.25 MG DE , APQ: SALPINGECTOMIA BILATERAL, PACIENTE EN SEGUIMIENTO CON ENDOCRINOLOGIA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS, PACIENTE ACUDE CON CONTRARREFERENCIA QUE SOLICITA REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO TSH, T4, EN DEPENDENCIA DE RESULTADOS (SI ESTÁN ALTERADOS) REALIZAR CONTRARREFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA CONTROL, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE NECESIDAD DE REALIZARSE ESOS EXÁMENES MANIFESTÁNDOLE QUE SI FUNCIÓN TIROIDEA ES NORMAL PUEDE HACER SEGUIMIENTO POR CENTRO DE SALUD, PACIENTE REFIERE QUE NO CUENTA CON RECURSOS ECONÓMICOS PARA REALIZARLOS DE FORMA PARTICULAR Y QUE LE MENCIONAN EN EL HOSPITAL QUE EL CENTRO DE SALUD TIENE LA OBLIGACIÓN DE REALIZARLE REFERENCIA, AL MOMENTO NO SE CUENTA CON DICHOS LABORATORIOS DISPONIBLES EN CARTELERA DEL TIPO C, REFIERE AÚN PERSISTEN SINTOMAS DE CAIDA DE CABELLO, ONICOLISIS, ASTENIA, ESTREÑIMIENTO, INTOLERANCIA AL FRIO, PIEL SECA. SE REALIZA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Hipotiroidismo en tratamiento con persistencia de síntomas sugestivos de disfunción tiroidea no controlada (alopecia, onicólisis, astenia, estreñimiento, intolerancia al frío, piel seca). Seguimiento por endocrinología. Solicitud de TSH/T4 no disponible en unidad operativa. Se realiza referencia a segundo nivel.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	10:31	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-27	10:31	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	