

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA										COORDINACIÓN ZONAL 4													
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA				UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD				TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA				NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP						CS TOSAGUA				C		1310165095				1310165095							
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VARGAS				MOREIRA				ESPERANZA				DOLORES				F	25/12/77		49	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				TIPO DE COBERTURA				REFERENCIA				X	DERIVACIÓN					MOTIVO					
0990852424/98165778				NO				1. Accesibilidad geográfica.					6. Problemas de abastecimiento.										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.										
PROVINCIA				CANTÓN				PARROQUIA					8. Inadecuada capacidad resolutive					X					
MANABI				TOSAGUA				TOSAGUA					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA																							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA				ESTABLECIMIENTO DE SALUD				SERVICIO				ESPECIALIDAD											
MSP				HOSPITALO NAPOLEON DAVILA				CONSULTA EXTERNA				ENDOCRINOLOGIA											
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO																							
PACIENTE DE 49 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON METFORMINA 850MG QD, ANTECEDENTE HIPOTIROIDISMO HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE TRATADA CON LEVOTIROXINA 50MG DE LUNES A VIERNES PRESENTA INTOLERANCIA AL FRIO																							
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS																							
EXÁMENES																							
E. DIAGNÓSTICO																							
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO				CIE		PRE		DEF						CIE		PRE		DEF					
1.	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO				E039		X				4.												
2.											5.												
3.											6.												
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																							
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE				PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO											
10/03/26				KAREN				LOPERA				RODRIGUEZ											
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO															
1310488075																							
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																							
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO					DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO								
CONTRAREFERENCIA										REFERENCIA INVERSA													
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA																							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA				UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD				TIPOLOGIA		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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS																							
F. DIAGNÓSTICO																							
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO				CIE		PRE		DEF						CIE		PRE		DEF					
1.											4.												
2.											5.												
3.											6.												
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE																							
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																							
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE				PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO											
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO															