

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	MARIA ISABEL	02	08	1983	42 años, 10 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	1310195423	MANABI	JUNIN	JUNIN	GUAYABALES y SN	096-857-9549 /
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	1310195423	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	06	30
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 42 AÑOS DE EDAD CON APP DE SOBREPESO E HIPERTIROIDISMO TRATAMIENTO CON TAPAZOL 5 MG (TAMAZOL) 5 MG EN EL DESAYUNO Y 5 MG EN LA MERIENDA, APF PADRE DM AQX SPB CESAREA ALERGIAS NO REFIERE HABITOS ALCOHOL NO, TABACO NO, SE ENCUENTRA CON EXOFTALMOS A PREDOMINIO DE OJO DERECHO. SE RECIBE RESULTADO DE EXAMENES QUE COMENTAMOS: T3 6,42, T4 24,16, TSH 0.03, TGO 28.60, TGP 25.62, HB 12,4, HTO 25.5 .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: T3 6,42, T4 24,16, TSH 0.03, TGO 28.60, TGP 25.62, HB 12,4, HTO 25.5 .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROTOXICOSIS CON BOCIO DIFUSO	E050		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	23:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-30	23:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	