

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS San Bartolo	TIPOLOGIA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1310411873	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Zambora	SEGUNDO APELLIDO García	PRIMER NOMBRE Penelope	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 14-03-88	EDAD 35
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0993400187		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Mandabí		MOTIVO ☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
PROVINCIA Mandabí	CANTÓN Bolívar	PARROQUIA Calacate			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO consulta / exten.	ESPECIALIDAD Endocrinología
--------------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Pcte. femenina de 35 años de edad con antecedente patológico de hipotiroidismo. Gubelinto y A.D. de excreción de borbuto tiroideo hace 10 años antes de ser diagnosticada con Diabetes tipo 2 y Hipertensión arterial. Pcte con troceno. Levotiroxina 25 mcg. QD. Se le realiza. Referencia. Para que continúe tratamiento con endocrinología.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Est. levotiroxina 25 mcg. QD.
Peso 60.7 kg. talla 156 cm. PA 126/72. FC 117/LA. FR 19. Temp. 36.5. Sat 98%.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipotiroidismo consecutivo a E890.				X	4.			
2.	procedimiento					5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 26/09-24	HORA (hh:mm) 11:50	PRIMER NOMBRE Jura	PRIMER APELLIDO Medez	SEGUNDO APELLIDO Lampis
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1304278326		FIRMA <i>[Firma]</i>	SELLO <i>[Sello]</i>	

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
