

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	1310474927		1310474927						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALVARADO		GANCHOZO		GLENDA		MARIA		M	30/04/1985	39	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐					
0993475977 / 0967863304														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANA	BOLAR		CAUCETA											
					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 resolutiva									
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA
-------------------------------	------------------	----------------

PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, CON APP DE SINDROME METABOLICO E HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO EN TT CON LEVOTIROXINA 25 MCG VO QD AM, METFORMINA 500 MG VO QD AM, SIMVASTATINA 20 MG VO QD PM CON CUADRO DE ANSIEDAD Y DEPRESION (PACIENTE REFIERE QUE NO HA SIDO VALORADA PREVIAMENTE POR UN MÉDICO SOBRE EL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR LO QUE ACTUALMENTE NO TIENE TRATAMIENTO ESTABLECIDO). NO REFIERE ALERGIAS, APQX: NO REFIERE. AGO G0P0A0C0 APF: MADRE CON HTA QUE ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON REFERENCIA DEL HBAGA DONDE SE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN PSICOLÓGICA. PACIENTE REFIERE QUE SU ULTIMO EPISODIO FUE EL 30/12/2025. PACIENTE REFIERE SENTIRSE PREOCUPADA POR SU PATOLOGIA BASE ADEMÁS DE ESTAR ATRAVESANDO PROBLEMAS PERSONALES QUE AFECTAN SU ESTADO EMOCIONAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE UN POCO MÁS TRANQUILA, SIN EMBARGO, PERSISTE INSOMNIO. NO HA SIDO VALORADA POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y SEGUIMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
E. DIAGNÓSTICO

	DEFINITIVO	LC	PM	DEF		CE	PRE	OSP
1.	HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO POR DEFICIENCIA DE YODO	E02X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL:

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-07	11H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667		 Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL		

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐			REFERENCIA INVERSA	☐		

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

[illegible]

5. TRATAMIENTOS Y RECOMENDACIONES

F. DIAGNOSTIC

	DESCRIPTION	DATE	TIME	USER		C/N	PAGE	REF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO