

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	COOL	MARIA LORENA	02	11	1982	43 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310747801	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y Y ULPINONPAEZ	0983340666 /
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	1310747801	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA	Consulta externa	Endocrinología	2025	12	11
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 DE 43 AÑOS DE EDAD ***APP: HIPOTIROIDISMO (HACE 17 AÑOS - LEVOTIROXINA 125 MCG) + CERVICALGIA (TRAS ACCIDENTE DE TRANSITO) *** APF: MAMA (HIPERTIROIDES CON TTO DE YODO) + ABUELOS (CA DE PROSTATA-PANCREAS-UTERO) + TIAS (CA DE CERVIX Y DUODENO/COLON) + TIO (CA DE PANCREAS) *** PACIENTE REFIERE ASTENIA, DIFICULTAD PARA BAJAR DE PESO, DIFICULTAD PARA CONCILIAR SUEÑO (PERO QUE ESTÁ TOMANDO 2 TABLETAS DE MAGNESIO), ALOPECIA, UÑAS FRÁGILES, PIEL UN POCO RESECA. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. SE ENCONTRABA EN VALORACION CON ESPECIALIDAD. SE REALIZA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

***SE SOLICITA APOYO PARA REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE EXÁMENES Y AJUSTE DE MEDICACIÓN ***30/SEPT/2025 *** SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: TSH: 4.24 U/ML - T4 0.82 NG/DL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-11	07:55	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-11	07:55	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

