

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

4443

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1310818750

NÚMERO DE ARCHIVO

1310818750

PRIMER APELLIDO

CENTENO

SEGUNDO APELLIDO

MUÑOZ

PRIMER NOMBRE

JESSEÑA

SEGUNDO NOMBRE

ELIZABETH

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

24/07/1983

EDAD

42

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

990409843

TIPO DE COBERTURA

MSP

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

MANABI

ROCAFUERTE

ROCAFUERTE

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 resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR CAIDA DE CABELLO PROGRESIVA, ONICOLISIS, PIEL SECA, ASTENIA Y SENSACION DE FRIO. REFIERE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ACTUAL CON LEVOTIROXINA, SIN EMBARGO PERSISTE SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON HIPOTIROIDIMOS. NIEGA CAMBIOS RECIENTES DE DOSIS O SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

SE REALIZA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGICA PARA VALORACION ESPECIALIZADA, AJUSTE DE TRATAMIENTO Y CONTROL METABOLICO DE HIPOTIROIDISMO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NO SE CUEDNTA CON REACTIVO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

1.

HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO

E039

X

4.

2.

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA
(aaaa-mm-dd)

27/10/2025

HORA
(hh:mm)

9:00AM

PRIMER NOMBRE

ODALYS

PRIMER APELLIDO

CERVANTES

SEGUNDO APELLIDO

BERMUDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

13165747671

FIRMA

SELLO

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

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