

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	BRAVO	VERONICA DEL ROCIO	05	05	1982	43 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310942329	MANABI	CHONE	RICAU RTE	EL PARAISO y	099-152-9666 /
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	1310942329	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	08	07
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

ACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE ENFERMEDAD CRONICA Y RETIRO DE MEDICACION, CON APP: HTA DESDE HACE 10 AÑOS APROXIMADAMENTE CONTROLADA CON LOSARTAN DE 50 MG BID, HIPOTIROIDISMO HACE APROXIMADAMENTE TRES AÑOS CONTROLADA CON LEVOTIROXINA DE 100 MCG QD APQ: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APF: NO REFIERE. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA. PACIENTE AL MOMENTO ACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. MEDICACION HABITUAL 6. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.32 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 13.4 g/dL 13 - 17 Hematocrito 41.8 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 96.7 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 31 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.1 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.9 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 48 μm³ Plaquetas 406 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.38 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.4 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 10.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 76 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 18.6 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 9.25 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 36.7 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 50.8 % 55 - 65 Monocitos (%) 9.7 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.1 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.7 % 0 - 2 Linfocitos (#) 3.39 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.71 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.9 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.19 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.06 10³/μL 0 - 0.2 ACIDO LACTICO: Glucosa 102.5 mg/dL 70 - 110 Urea 36.80 mg/dL 10 - 50 Creatinina 1.03 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.59 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 171.0 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 226.0 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 70.79 U/L 0 - 31 TGP/ALT 109.13 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	13:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-07	13:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	