

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |           |                            |           |                                                         |                          |                  |      |                         |                                     |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-----------|----------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|------|-------------------------|-------------------------------------|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                        | NÚMERO DE ARCHIVO        |                  |      |                         |                                     |   |   |
| MSP                                   |                  | 1413      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II        | 1311484982                                              |                          |                  |      |                         |                                     |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |           | PRIMER NOMBRE              |           | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                     | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                                     |   |   |
| CORNEJO                               | CASTILLO         |           | DAYSI                      |           | MARIA                                                   | F                        | 01/07/1988       | 38   | H                       | D                                   | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |           |                            |           | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN               |                  |      |                         |                                     |   |   |
| 0-98 556 5595                         |                  |           |                            |           | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |                  |      |                         |                                     |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |           |                            |           | MOTIVO                                                  |                          |                  |      |                         |                                     |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           |           | PARROQUIA                  |           | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                          |                  |      |                         |                                     |   |   |
| MANABI                                | FLAVIO ALFARO    |           | FLAVIO ALFARO              |           | 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                      |                          |                  |      |                         | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
|                                       |                  |           |                            |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                          |                  |      |                         | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                |
|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD   |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | ENDOCRINOLOGIA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 38 AÑOS EDAD . APP HTA CONTROLADA. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DISNEA FATIGA Y MALESTAR GENERAL, ACOMPAÑADA DE CAIDA DE CABELLO. EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOR RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR ENDOCRINÓLOGO

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                 |       |     |                                     |    |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|---------------------------------|-------|-----|-------------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                                 | CIE   | PRE | DEF                                 |    |  |  |  |  |  |  |
| 1.                                 | HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO. | E0.39 |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. |  |  |  |  |  |  |
| 2.                                 |                                 |       |     |                                     | 5. |  |  |  |  |  |  |
| 3.                                 |                                 |       |     |                                     | 6. |  |  |  |  |  |  |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 04/02/2026                            | 10:00           | ROMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1312022369                            | DR ROMULO MUÑOZ |               |                 |                  |

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<br>DEF= DEFINITIVO |  | CIE | PRE | DEF |    |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |