

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	AVILA	MAYRA ALEJANDRA	16	12	1984	40 años, 11 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311489643	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BENITO SANTOS y 7 DE AGOSTO	093-982-4991 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311489643	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	12	12
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 FEMENINO DE 40 AÑOS DE EDAD CON APP: HIPOTIROIDISMO EN TTO LEVOTIXINA DE 137 QD. ACUDE PARA REVISION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS POR PRESENTAR AUN CUADRO DE DOLOR EN ZONA VENTRAL DE CUELLO ACOMPAÑADO DE ASTENIA, CEFALEA, ADEMÁS CAIDA DE CABELLO, NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. ANTE SEGUIMIENTO Y MANEJO INTEGRAL MAS Estricto se refiere a UO DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

T4 LIBRE/TOTAL: T4 TOTAL 12.70 REF: 5-13 TSH: TSH 2.3 REF: 0.30-4.5

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BOCIO DIFUSO NO TOXICO	E040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-12	15:32	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
Validar únicamente con FirmaBC

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 clínico

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
2025-12-12	15:32	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	