

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	AVILA	MAYRA ALEJANDRA	16	12	1984	41 años, 6 meses, 1 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	Convecional/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	2026	06	17
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 QUE ACUDE CON REFERENCIA INVERSA DE SEGUNDO NIVEL POR LA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGIA, PARA VELORACION DE EXAMENES TIROIDEOS Y SUGIERE QUE EN CASO DE ALTERACION REFERIR A ESTA ESPECIALDIA PARA SU SEGUIIMIENTO, EN RAZON DE ESTO SE VERIFICA EXAMENES LOS CUALES REPORTAN VALORES ANORMALES, SE EMITE REFERENCIA, AHORA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, ORIENTADA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: Anti-TPO (anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea) 289.20 T4 LIBRE/TOTAL: 1.39 TSH: TSH 11.64

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROIDITIS, NO ESPECIFICADA	E069		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	14:13	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2026-06-17	14:13	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	