

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CARREÑO	JESSICA JESSENIA	12	08	1984	41 años, 9 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311657199	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	097-989-9567 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311657199	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	05	26
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	☐	CONTROL POR ESPECIALIDAD POR HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO A TIROIDECTOMIA TOTAL	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DE HIPOTIROIDISMO POSTQUIRURGICO POSTERIOR A TIROIDECTOMIA TOTAL (23 DE MAYO DE 2016), EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA SODICA + CALCIO PREESCRITO POR ENDOCRINOLOGIA, PACIENTE ACUDE AL MOMENTO SIN NOVEDAD POR SOLICITUD DE MANEJO POR ESPECIALIDAD, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MOLESTIAS ARTICULARES, SOMNOLENCIA, ASTENIA, NIEGA PERDIDA DE PESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0979899567

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO CONSECUTIVO A PROCEDIMIENTOS	E890		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-26	14:40	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-05-26	14:40	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

