

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| OSTAIZA          | GARCIA           | MARIA ANTONIA | 13                  | 06  | 1986 | 38 años, 7 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311702631        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | AMAZONAS y AMAZONAS          | 097-919-4071 /      |
| 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                 | 1311702631      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología | 2025 | 02    | 10  |  |
| 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 vie a control de su morbilidad razon por lo cual se da referencia para continuar con su tratamiento espoecializado en hospital de mayor complejidad, CsPs: claros, RsaCs: ritmicos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOHISTOQUIMICA: T3: 1.16 ng/ml T4: 0.97 ng/ml

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA | E059   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                       |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-02-10 | 15:14 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>ROMULO DIOGENES<br>MONTALVO PULECIO |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-10 | 15:14 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 |       |