

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	GILER	MERY HELEN	16	11	1990	35 años, 8 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	1312308701	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SN	099-456-7426 / (98)-530-8451
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	1312308701	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	07	30
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 FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA DE CONTROL PARA REVISIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIOS CORRESPONDIENTES A PERFIL HORMONAL, LOS CUALES EVIDENCIAN VALORES ELEVADOS EN PARÁMETROS HORMONALES. REFIERE EVOLUCIÓN DE VARIOS MESES CON FATIGA PERSISTENTE, ASTENIA, ADINAMIA, DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL. ASOCIA EPISODIOS DE CEFALEA INTERMITENTE, ALTERACIONES DEL SUEÑO, CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO, IRRITABILIDAD Y DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESFUERZO. MANIFIESTA ADEMÁS ALTERACIONES MENSTRUALES CONSISTENTES EN CICLOS IRREGULARES, RETRASOS MENSTRUALES Y VARIACIONES EN EL FLUJO, ASÍ COMO SENSACIÓN DE INTOLERANCIA AL FRÍO, PALPITACIONES OCASIONALES, SUDORACIÓN INTERMITENTE Y CAMBIOS EN LA TEXTURA DE LA PIEL Y EL CABELLO. REFIERE DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO Y MALESTAR GENERAL, SIN OTROS SÍNTOMAS AGUDOS ASOCIADOS. PACIENTE COLABORATIVA AL INTERROGATORIO, ACTIVA, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	10:20	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-30	10:20	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

