

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1312353145		1312353145						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO		MENDOZA		MARIA		VERONICA	M	14/03/1988	38	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0967530249 / 0958862515.		MSP		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.							
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		7. Insuficiencia de profesionales.							
						8. Inadecuada capacidad resolutiva							
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE MIGRAÑA Y NÓDULOS TIROIDEOS CON BIOPSIA BENIGNA REALIZADA HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50 MCG VO QD, MISMO QUE ABANDONÓ HACE VARIOS MESES, ASOCIADO A AUSENCIA DE CONTROLES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS. ACUDE POR CUADRO DE CEFALÉAS REPETITIVAS, ACOMPAÑADO DE AUMENTO DE PESO, FATIGA, SENSACIÓN DE CALOR Y SUDORACIÓN EXCESIVA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS AGUDOS RELEVANTES. POR ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD TIROIDEA NODULAR, SUSPENSIÓN DE TERAPIA HORMONAL Y SINTOMATOLOGÍA ACTUAL COMPATIBLE CON POSIBLE DESCONTROL ENDOCRINOLÓGICO, SE REALIZA REFERENCIA A SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, CONTROL HORMONAL, SOLICITUD DE PERFIL TIROIDEO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA A SEGUIR. SE INICIA TRAMITE DE GESTIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE*	PRESUNTIVO	DEF*	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				E041		X	4.			
2.				E039		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-19.	11:00:00	JULIO		ZAMBRANO	JIMENEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311627598					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE*	PRESUNTIVO	DEF*	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.							4.			
2.							5.			
3.							6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	