

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	VARGAS	ESPERANZA ROCIO	27	07	1987	37 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312476565	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL PUEBLITO DE RIO GRANDE y	099-713-0994 /
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	1312476565	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2024	10	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS, CON APP: HIPOTIROIDISMO, DIAGNOSTICADO HACE 2 AÑOS, TRATADA CON LEVOTIROXINA 50MCG DE LUNES A VIERNES// SABADO Y DOMINGO TOMA DE 100 MCG. AL MOMENTO PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, PACIENTE REFIERE ODINOFAGIA Y DISPESIA. SOLICITA REFERENCIA PARA ENDOCRINOLOGO DEBIDO A QUE MANTIENE CONTROL DE SU PATOLOGIA, TENIA CITA AGENDADA PERO POR INUNDACIONES LE COMUNICARON QUE SERIA REAGENDADA PERO MANIFIESTA QUE NO LE HAN LLAMADO HASTA LA ACTUALIDAD. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCÉFALO, ALERTA Y ORIENTADA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NO ADENOPATÍAS BILATERALES, RUIDOS CARDIACOS NORMALES Y SINCRÓNICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, EMUNTORIOS CONSERVADOS, EXTREMIDADES SIN PATOLOGÍA APARENTE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TSH 5.35 ug/dl (0.35 - 4-75), T4L 12.66 pmol/L (10 - 22)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-29	09:39	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-10-29	09:39	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

