

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1312493362			1312493362				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
VERGARA	SABANDO	MARÍA	ALEXANDRA	F	26/08/1986	39					X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0985158757 / 0991852579		/		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA										X	
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA										X	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

TE. FEMENINA DE 39 AÑOS CON HO: G2 A0 P0 C1 (28/09/2023) **PIG CORTO**. APP OBESIDAD. E **HIPOTIROIDISMO**, PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100MG/DIA ACTUALMENTE CON GESTACIÓN DE 22 POR FUM (28/07/2025) Y FPP 04/05/2026.?

AL EX. FÍSICO: BEG, MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs/S, MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: 0. RO: 6 ALTO... EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO. (NIEGA FLUJO)

Ahora acude con Ecografía y Ex. de Lab. de II Trimestre Normales, Excepto T4: 0.8 ng/dl. levemente disminuida. y TSH: 18.3 Moderadamente elevada por ello se sugiere incrementar la dosis de Levotiroxina e I/C con Endocrinología y Ginecología.

AL EX. FISICO: BEG, MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRsS/S. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: 0. RO: 6 ALTO... EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO. (NIEGA FLUJO)

T4: 0.8 ng/dl. disminuida. y **TSH: 18.3.** elevada

1	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X	4			
2	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	5			
3	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/12/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				MEDICO FAMILIAR

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

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

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

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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