

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MARCILLO         | MERO             | ANA MARIA | 08                  | 06  | 1987 | 39 años, 1 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313009191        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | LA VIRGEN y LA VIRGEN        | 099-016-6402 /       |
| 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                 | 1313009191      | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología | 2026  | 07  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad   | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE OBESIDAD, DM TIPO II CON TTO MEDICO METFORMINA DE 850mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS. REFIERE AUMENTO DE VOLUMEN DE CUELLO, AUMENTO DE PESO, NIEGA SÍNTOMAS, BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 15% (ALTO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 19 (ALTO). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. \*\*\*0990166402 \*\*\*

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANÁLISIS: T3: 2.53 ng/ml, T4 TOTAL: 9.69 ug/dL, TSH: 10.09 uIU/ml GLUCOSA: Glicemia: 322 mg/dl, HEMOGLOBINA GLICOSILADA: HbA1C: 12.5 %, QUERVAIN: POSITIVO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLANDULA TIROIDES | E078   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-14 | 09:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY | 93     |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-14 | 09:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY | 93     |       |

