

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SACON	CEDEÑO	LANDY MARIELA	09	05	1990	35 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313175919	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-158-7378 /
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	1313175919	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	02	27
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, CON ANTECEDENTES CLINICOS DE HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 75MCG, PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR RETIRO DE MEDICACION, AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. PACIENTE REFIERE QUE SE LE REALIZO REFERENCIA DONDE LE DIERON EL TURNO PERO NUNCA LE LLAMARON O LE IDNICARON QUE CUANDO HABIA SIDO SU CITA, ATENCION DE REFERENCIA (24/10/2025) PACIENTE EN CONTROL DE EXAMENES CON ENDOCRINOLOGIA EL MISMO QUE LE INDICA SOLICITAR REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO DE AU PATOLOGIA 0961587378. ---- SE VUELVEN A ACTUALIZAR PAPELES PARA REFERENCIA. DEJA CONTACTO DE TIA 0961984616.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTUDIOS EN EL HOSPITAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-27	10:51	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 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
2026-02-27	10:51	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	