

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ROMERO           | CASTAÑEDA        | FABIOLA LICETH | 21                  | 10  | 1991 | 33 años, 9 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313404301        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SITIO LA PAPAYA y SN         | 097-947-8689 /      |
| 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                 | 1313404301                               | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |                | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Endocrinología | 2025           | 08  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad   | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD , SEXO MUJER , RERFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR AUMENTO DE PESO, CANSANCIO, CAIDA ABUNDANTE DEL CABELLO, RESEQUEDAD DE LA PIEL, UÑAS QUEBRADIZAS , POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO ESPECIALISTA. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| 1, |
|----|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-08-20 | 10:40 | Medicina General | ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ | 1305567248 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-08-20 | 10:40 | Medicina General | ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ | 1305567248 |       |