

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MUÑOZ            | LOPEZ            | MILENA LISBETH | 23                  | 08  | 2001 | 24 años, 3 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313562140        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLE ROCAFUERTE y COLON     | 096-089-9596 /       |
| 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                 | 1313562140                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                |      |       | 13D07 / ZONA 4 |
|                     |                                          |                          |                                                      |                |      |       |                |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                |      | Fecha |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Endocrinología | 2025 | 11    | 27             |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad   | día  | mes   | año            |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE EN CONSULTA NO ESPECIFICA QUE ES POR REVISION DE PRUEBAS DE LA TOROIDES . LA CUAL TIENE BAJA LA TSH 1.88 Y T4 0.69. PACIENTE AHORA TIENE QUE COMENSAR MEDICACION DE LEVOTIROXINA 50 MG QD Y CONTROL EN UN MES ... PACIENTE SIN NOVEDAD NO SECRECION VAGINAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE ENVIA A SU EVALUACIONES UNA MUJER EMBARAZADA DE 37 SG QUE CUANDO LA VEA YA NO VA A ESTAR EMBARAZADA, SE INICIA 50 MG DE LEVOTIROXINA QD... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO | E079   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                                                                    |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-11-27 | 09:47 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-11-27 | 09:47 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

