

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MOREIRA	NOHEMY JOSELY	19	03	2003	21 años, 8 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313607432	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVDA CARLOS ALBERTO ARAY y PRUDENCIO LOOR	099-143-1616 /
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	1313607432	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2024	12	06
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	☐	HIPERTIROIDISMO SUBCLINICO	

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 21 AÑOS, NO SE REFIEREN ANTECEDENTES CLINICOS, ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE APENDICETOMIA HACE 1 AÑO, APF DE HIPERTIROIDISMO E HIPOTIROIDISMO EN FAMILIARES DE 2DO GRADO. PACIENTE CON CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCION DE CAIDA DEL CABELLO, ANSIEDAD, CUADROS DE ATRACONES DE COMIDA, PALPITACIONES, ONICOLISIS. TRAE A CONSULTA LABORATORIOS DE PERFIL TIROIDEO TSH 0.29 T4 7,69 T3 1,58. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALDIAD, NUMERO TELEFONICO: 0991431616 // 0986999937

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE APRECIA BOCIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA	E059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-06	15:34	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-12-06	15:34	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	