

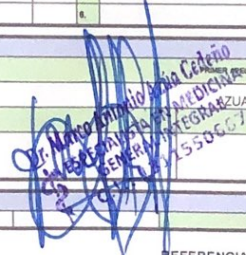
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1309772208		1309772208	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO		ROSADO		FANNY		DOLORES	F	16/1970	55
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		0967490454		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0989844016				X		X		6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica		2. Faltas de equipamiento		3. Equipos en mal estado	
MANABI	BOLIVAR	CALCETA		4. Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD, CON APP HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN TT LEVOTIROXINA 75 MCG VO MEDIA HORA ANTES DEL DESAYUNO. NO REFIERE ALERGIAS. APQX: 1CESAREA ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA CONTROL MEDICO DE RUTINA Y RETIRO DE SU MEDICACION, REFIERE CEFALEA DE INTENSIDAD LEVE EN OCASIONES DE PREDOMINIO MATUTINO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, LUCE HIDRATADO, PA:105/57 AL EXAMEN FISICO: NO TIEMPO Y ESPACIO, GLASGOW 15/15. PACIENTE QUE ACTUALIZA ECOGRAFIA DONDE REPORTA TIROIDES DE ECOGENISIDAD ALTARADA VASCULARIDAD AUMENTADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO. *SIGNOS VITALES*: PA: 120/80 FC: 87 LXM FR: 19RPM TEMP: 36,8 SATO2: 98 %

E. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-REFERENCIAL</th> <th>DEFINITIVO</th> <th>CI</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO</td> <td>E039</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-REFERENCIAL	DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	1.	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X	2.					3.				
PRE-REFERENCIAL	DEFINITIVO	CI	PRE	DEF																
1.	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X																
2.																				
3.																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-06	14H00	MARCO		CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-REFERENCIAL</th> <th>DEFINITIVO</th> <th>CI</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-REFERENCIAL	DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	1.					2.					3.				
PRE-REFERENCIAL	DEFINITIVO	CI	PRE	DEF																
1.																				
2.																				
3.																				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		