

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1313798728	1313798728					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO	BASURTO	MARÍA	MERCEDES	F	26/04/1993	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0988687069 / 0998853196		X								
		MOTIVO								
		1. Accesibilidad geográfica.								
		2. Falta de espacio físico.								
		3. Falta de equipamiento.								
		4. Equipos en mal estado.								
		5. Problemas de infraestructura.								
		6. Problemas de abastecimiento.								
		7. Insuficiencia de profesionales.								
		8. Inadecuada capacidad resolutive								
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE “Dr. NAPOLEÓN DÁVILA”	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 32 AÑOS CON HO: G2 A1 P0 CO.- APP: HIPERTIROIDISMO PARA LO CUAL LLEVABA TRATAMIENTO CON TAPAZOL 5MG QD.- FUE SUSPENDIDO DICHO MEDICAMENTO POR EL EMBARAZO ACTUALMENTE CON GESTACIÓN DE 23 SEMANAS POR FUM. 16/07/2025 Y FPP: 22/04/2026. COINCIDE CON ECOGRAFIAS TEMPRANAS.

AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES. MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV NORMAL. ACV: RscsRs/S.- MI CON EDEMA + SCORE MAMA: EX. GINECOLÓGICO: NO EXPLORADO POR FALTA DE CONDICIONES E INSUMOS... (NIEGA FLUJO). SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES Y EX. DE LAB. INCLUIDO EL PERFIL TIROIDEO.

SE REFIERE A II NIVEL PARA SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO POR SER UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SCORE MAMA: 0

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4			
2 TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLANDULA TIROIDES	E078		X	5			
3 TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA	E059		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
/12/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	TIPOLOGIA	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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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	SELLO		