

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	VERA	GRACIELA AGUSTINA	26	08	1991	33 años, 2 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313824532	MANABI	CHONE	BOYACA	VIA SAN LUIS y	096-929-0170 /
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	1313824532	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2024	11	07
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA LA CUAL SE ENCUENTRA CON SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGIA PARA SEGUIMIENTO DE HIPOTIROIDISMO REFIERE QUE ESTA TOMANDO MEDICACION EN DOSIS BAJA Y FUE ENVIADA A REALIZAR EXAMENES PARA VALORACION DONDE SE EVIDENCIA TSH: 32.30 UI/L ADEMAS DE ECOGRAFIA DONDE SE EVIDENCIA NODULO TIROIDEO EN LOBULO DERECHO AUMENTO DE VOLUMEN EN TIROIDES TIRADS3 POR LO QUE NECESITA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: TSH: 32.30 ULTRASONIDO: NODULO TIROIDEO EN LOBULO DERECHO AUMENTO DE VOLUMEN EN TIROIDES TIRADS 3

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	14:53	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

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
2024-11-07	14:53	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

