

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| FLORES DE VALGAS | BORJA            | LUIS BLADIMIRO | 29                  | 08  | 1997 | 27 años, 5 meses, 5 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313828855        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | ELOY ALFARO y                | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1313828855      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología |  | 2025  | 02  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad   |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD, APF: ABUELO CON HIPOTIROIDISMO, SE REALIZA EXAMEN DE LABORATORIO TSH: 7.42, PACIENTE REFIERE SENTIRSE CANSADO, CON SUEÑO DE VEZ EN CUANDO, PACIENTE REALIZARSE ECOGRAFIA DE TIROIDES (12-03-2025), SE REALIZA REFERENCIA PARA MEJOR VALORACION CON ENDOCRINOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TSH: 7.42 (22-01-2025)

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL               | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                              |
|------------|-------|----------------|--------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-02-03 | 15:21 | Medicina Rural | DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO | 1310838980 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>DIEGO ARMANDO<br>RESABALA<br>VILLAVICENCIO |

|                                                                                            |                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III. CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> | <br>Firmado electrónicamente por:<br>IRVING ISRAEL<br>BUITRON NIETO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-03 | 15:21 | Medicina Rural | DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO | 1310838980 |       |