

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GALLARDO         | MUÑOZ            | GABRIEL ANTONIO | 07                  | 06  | 1991 | 33 años, 7 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  |                          |         |
|                  |                  |                 |                     |     |      | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313898932        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | BELLA VISTA 1 y SN           | 099-636-1271 /       |
| 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                 | 1313898932      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2025  | 01  | 09  |
| 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 DE 33 AÑOS DE EDAD SIN APP DE INTERÉS QUE ACUDE POR CLÍNICA DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN POR CAÍDA DE CABELLO PROGRESIVA EN GRAN CANTIDAD SIN SINTOMATOLOGÍA ACOMPAÑANTE. REFIERE CONSULTA PRIVADA CON ENDOCRINOLOGÍA QUEIN SOLICITA PERFIL TIROIDEO CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: TSH 4.90 T3 LIBRE 3.09 T4 LIBRE 1.07 Y ECOGRAFÍA DE TIROIDES EN LA QUE NO SE EVIDENCIAN CALCIFICACIONES NI AUMENTO DE TAMAÑO, VASCULARIDAD CONSERVADA. PACIENTE NO REFIERE ANTECEDENTES DE CALVICIE EN LA FAMILIA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.//0996361271

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| PERDIDA NO CICATRICIAL DEL PELO, SIN OTRA ESPECIFICACION | L659   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-01-09 | 14:37 | Medicina Rural | ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ | 1311532590 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-01-09 | 14:37 | Medicina Rural | ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ | 1311532590 |       |