

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	FERRIN	MABELYN SILVANA	10	05	2002	23 años, 7 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313914457	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA FLAVIO ALFARO y	099-294-0806 /
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	1313914457	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	12	15
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 FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD, REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE HIPERTIROIDISMO QUE REALIZO TRATAMIENTO CON TIAMIZOL INICIO DESDE JULIO 2021 HASTA AGOSTO 2023. EN ULTIMO CONTROL CON ESPECIALISTA SE SUGIERE TIAMAZOL 10MG CADA 12 H - ATENOLOL 50MG , Y POSTERIOR ESTUDIO DE LABPORATORIO. PACIENTE ACUDE CON REFERENCIA INVERSA EN LA CUAL NO PUDO CONSEGUIR CITA SUBSECUENTE EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR LO CUAL LE ENVIARON A PEDIR REFERENCIA AL CENTRO DE SALUD TIPO A, SE INICIAN TRAMITES PARA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

WPACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD, REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE HIPERTIROIDISMO QUE REALIZO TRATAMIENTO CON TIAMIZOL INICIO DESDE JULIO 2021 HASTA AGOSTO 2023. EN ULTIMO CONTROL CON ESPECIALISTA SE SUGIERE TIAMAZOL 10MG CADA 12 H - ATENOLOL 50MG , Y POSTERIOR ESTUDIO DE LABPORATORIO. PACIENTE ACUDE CON REFERENCIA INVERSA EN LA CUAL NO PUDO CONSEGUIR CITA SUBSECUENTE EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR LO CUAL LE ENVIARON A PEDIR REFERENCIA AL CENTRO DE SALUD TIPO A, SE INICIAN TRAMITES PARA REFERENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA	E059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	09:58	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-12-15	09:58	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

