

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	ZAMBRANO	STEFANY JEMINA	28	03	1992	34 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314004795	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	096-998-2678 / (99)-999-9999
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	1314004795	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Endocrinología		2026	05	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

APP : HIPERTIROIDISMO SIN TRATAMIENTO A LA FECHA , TOMO POR VARIOS AÑOS LAS TAPAZOL , HA SIDO EVALUADA POR ENDOCRINOLOGIA HACE UN AÑO ESTUVO EN PLANIFICACION PARA MANEJO YODO Y ESTUDIO POR GAMAGRAFIA, SIN EMBARGO NO SE REALIZO DICHS ESTUDIOS, TIENE APP DE PANCREATITIS GRAVE CON INGRESO A UCI , RESUELTA POR COLCISTECTOMIA , REFIERE TAQUICARDIAS, TEMBLORES CRISIS DE ANSIEDAD , PERDIDA DE PESO, SOLCITO VALORACION POR ENDOCRINOLOGIA HAGO REFERENCIA RESPECTIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTIROIDISMO SIN TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	15:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

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
2026-05-07	15:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	