

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1314037274						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VALDEZ	DELGADO	GEMA	MARÍA	F	14/03/1992	33	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0986629582 / 0993779600			X							
/		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA			8. Inadecuada capacidad resolutive				
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
		3. Falta de equipamiento.				X				
		4. Equipos en mal estado.								
		5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	MEDICINA INTERNA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 33 AÑOS CON APP HEMITIREIDECTOMIA EN 2010, HO: G2 P0 A0 C2, SE REALIZO ENDOSCOPIA 2022 Y LE DIJERON QUE TENIA PÓLIPOS..? LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA AHORA ACUDE PREOCUPADA PORQUE NO LLEVA SEGUIMIENTO CON GASTRTOENTEROLOGIA Y PRESENTA SÍNTOMAS DISPÉTICOS.

SE INDICA EX. DE LAB Y REFERENCIA A II NIVEL PARA SU ADECUADO ESTUDIO Y SEGUIMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FISICO: OBESIDAD G ° 1. POR IMC: 32. MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL.

ACV: RScs Rs CON DESDOLAMIENTO DEL SEGUNDO RUIDO... (REFIERE QUE EN OCASIONES TIENEN PALPITACIONES...)

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X	4 PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Z136		X
2 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X	5			
3 HIPOTIROIDISMO	E039		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/12/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		