

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	MOREIRA	JENIFFER MONSERRATE	03	04	2001	24 años, 11 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314306398	MANABI	JUNIN	JUNIN	VIA A PORTOVIEJO y	098-536-5047 /
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	1314306398	AGUA FRIA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	03	20
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 24 AÑOS 11 MESES CON APP DE: HIPOTIROIDISMO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE TRATADA POR ENDOCRINÓLOGO DEL IESS , AL EXAMEN FISICO: MOMENTO PCTE REFIERE CAIDA DE CABELLO ABUNDANTE SOMNOLENCIA ESPORÁDICA A FEBRIL . PA 89/65 FC: 75 LXM EN LA CONSULTA SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONÉTICOS ABDOMEN DISTENDIDO LEVEMENTE PRESENCIA DE GASES INTESTINALES BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA DEPOSICIONES DIARIAS O PASANDO UN DIA GENITO URINARIO SPA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CAIDA DE CABELLO ABUNDANTE SOMNOLENCIA ESPORÁDICA A FEBRIL . RESQUEBRAJAMIENTO DE LAS UÑAS DE LAS MANOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-20	12:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUZ VIOLETA MENDOZA CAMPOS	1304278326	

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
2026-03-20	12:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUZ VIOLETA MENDOZA CAMPOS	1304278326	