

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	SALAZAR	LINA ROCIO	20	10	1990	35 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314809300	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MATAPALO ADENTRO y	098-648-1296 / (00)-000-0000
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	1314809300	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	07	30
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA VALORACIÓN MÉDICA. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100 MCG VO CADA DÍA. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: MADRE CON DIABETES MELLITUS. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: SALPINGECTOMÍA Y CESÁREA. ALERGIAS: NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS: GESTA 4, PARTOS 2, CESÁREAS 1, ABORTOS 1. PACIENTE REFIERE QUE NO HA RECIBIDO CONTROL POR ESPECIALIDAD EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA A UNIDAD HOSPITALARIA PARA VALORACIÓN, SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD Y REVISIÓN DE TRATAMIENTO ACTUAL. AL MOMENTO REFIERE CAÍDA DE CABELLO Y AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN CERVICAL ANTERIOR. NIEGA FIEBRE, DOLOR CERVICAL, DISFAGIA, DISFONÍA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, EDEMA, SOMNOLENCIA MARCADA, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA U OTROS SIGNOS DE ALARMA. REFIERE DIURESIS Y CATARSIS CONSERVADAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA AFEBRIL, VIGIL, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADORA AL INTERROGATORIO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. TELEFONO 0987282967

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	14:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-30	14:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	