

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ZAMBRANO	JASLHY FERNANDA	25	08	2002	22 años, 3 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315411890	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	N y	096-291-9488 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1315411890	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2024	12	05	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	REFERENCIA INVERSA, SEGUIMIENTO CON ENDOCRINOLOGIA	

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 22 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTIROIDISMO DIAGNOSTICADO HACE MAS O MENOS 6 AÑOS TRATADA CON TAPAZOL POR 3 AÑOS, ADEMÁS DE RECIBIR 2 DOSIS DE I-135, AL MOMENTO PACIENTE CON TRATAMIENTO DE LEVOTIROXINA 50 MCG QD, REFIERE ASTENIA, CAÍDA DE CABELLO, ANSIEDAD, NERVIOSISMO, LABILIDAD EMOCIONAL, CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2024-12-05	13:52	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐IRVING ISRAEL
BUITRON NIETO

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
2024-12-05	13:52	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	