

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		1408	CENTRO DE SALUD - BACHILLERO	TIPO A	1316335767		1316335767						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BAZURTO		BERMUDEZ		STEFANY		THAILY	F	2001-08-02	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0986136008 / 0993838078		MSP		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA JOVEN ACUDE POR CONTROL Y REVISION DE EXAMENES LOS CUALES REPORTAN TSH 11.56, T3 LIBRE 3.09, T4 LIBRE 1.04, MANIFIESTA ESTAR EN TRATAMIENTO CON TIAMAZOLL 5 MG CADA 12 HORAS, LLAMA LA ATENCION ALTERACION EN LOS VALORES DE SEGUIMIENTO TENIENDO COMO REFERENCIA ANTERIORES VALORES TSH 1.89, T3 TOTAL 1.84, T4 TOTAL 132.64, CONTINUA CON MISMA MEDICACION.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACION ESPECIALIZADA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	RNOS DE LA TIROIDES RELACIONADOS CON DEFICIENCIA DE YODO Y AFECCIO		E018	X		4.			
2.	TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA		R000		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
19/1/2026	10:50	MELISSA		GARCIA		GARCIA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO		
1307569986							

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		