

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ARTEAGA	NAYELY KRISBEL	12	11	2001	24 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316397528	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE 7 DE AGOSTO y	099-718-2998 / (05)-236-1485
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	1316397528	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	01
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

FEMENINO DE 24 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE APF HIPOTIROIDISMO (MADRE) AQX CESAREA, HERNIA INGUINAL + APENDICECTOMIA. ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO. PACIENTE REFIERE QUE A SUBIDO DE PESO DE FORMA EXCESIVA Y POR EL ANTECEDENTE FAMILIAR DESEA EXAMENES. ADEMAS COMO DATO ESTA CON ANTICONCEPTIVA CON MESYGINA HORMONAL INYECTABLE DESDE HACE 6 AÑOS. ADEMAS MENCIONA QUE TENIA SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA POR CONTROL DE EFECTOS ADVERSO DE ANTICONCEPTIVOS Y MENSTRUACION IRREGULAR Y LE SOLICITAN NUEVA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO. SE ENVIA EXAMENES DE LABORATORIO Y SE CITA PARA REVISION.

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
2025-12-01	12:12	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-12-01	12:12	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	