

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COLAMARCO	FARIAS	MARIEL GEOVANNA	15	02	2001	25 años, 0 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316794930	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVDA MANABI y 5 DE JUNIO	098-669-4370 /
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	1316794930	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	03	10
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 ☐

PROBLEMAS HORMONALES DE LARGA DATA, DEFICIENCIA DE VITAMINA D, HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON APP DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN TRATAMEINTO CON INOSILTOL Y VITAMINA D , ACUDE A CONTROL POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE AUMENTO DE PESO EN POCA CUANTIA DE TIEMPO, DIFICULTAD PARA BAJAR DE PESO A PESAR DE MANTENER ALIMENTACION VARIADA Y SALUDABLE MENSTRUACIONES IRREGULARES, ACNE, ASTENIA TRAE CONSIGO EXAMENES DE LABORATORIOS Y SOLICITA VLORACION CON ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLUCOSA 85 --- VITAMINA D 25 HIDROXI 23 (INSUFICIENCIA)-- TSH 4.31 --T4 7.66--PROLACTINA 69.57--- CORTISOL 18.36--- INSULINA EN AYUNAS 5.8 ---- HOMA IR 1.2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO POR DEFICIENCIA DE YODO	E02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	15:13	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-10	15:13	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

