

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	COBEÑA	DARLA ANALIA	22	07	2009	16 años, 10 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351181175	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NO y	098-874-0162 /
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	1351181175	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	06	09
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

PACIENTE ADOLESCENTE 16 AÑOS DE EDAD, APQ: NO REIFERE, AA: NO REFIERE QUE ACUDE CON MADRE A CONSULTA CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO PREVIAMENTE DIAGNOSTICADO, PRESENTANDO ALTERACIONES HORMONALES DE EVOLUCIÓN CRÓNICA. ACUDE CON RESULTADOS DE LABORATORIO RECIENTES PARA CONTROL QUE A COMPARACION DE LOS ULTIMOS SALEN ELEVADOS, TRAS ESTAR EN TRATAMIENTO, LOS CUALES REQUIEREN VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA CORRELACIÓN CLÍNICA E INTERPRETACIÓN INTEGRAL. REFIERE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS COMPATIBLES CON DISFUNCIÓN TIROIDEA, ENTRE ELLOS CANSANCIO FÁCIL, SOMNOLENCIA, INTOLERANCIA AL FRÍO, AUMENTO DE PESO, RESEQUEDAD CUTÁNEA Y DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES HABITUALES. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN DATOS DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA. EN VISTA DEL ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO Y DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO APORTADOS POR EL PACIENTE, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA, AJUSTE TERAPÉUTICO EN CASO DE SER NECESARIO Y SEGUIMIENTO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD. POR LO ANTERIOR, SE SOLICITA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGÍA PARA CONTINUIDAD DEL ESTUDIO Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	15:13	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-09	15:13	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

