

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CASTRO	JESUS GABRIEL	29	09	2014	10 años, 4 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351931595	MANABI	CHONE	CANUTO	CAÑUELA y	098-746-2320 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351931595	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	06
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 10 AÑOS 4 MESES DE EDAD. APP ASMA, OBESIDAD. APQX: ORQUIDOPEXIA. APF HTA, DIABETES. ALERGIAS NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE CON RESULTADOS DE LABORATORIOS PARTICULARES SUGESTIVOS DE HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA DE RELEVANCIA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO, COLABORADOR. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA NODULOS NI MASAS TIROIDEAS. NO SIGNOS DE COMPROMISO SISTEMICO. SE SOLICITA REFERENCIA CON PEDIATRIA PARA REVALORACION + TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: T3 TOTAL: 2,88. T4 TOTAL: 142,28. TSH_ 4,99 QUIMICA: COLESTEROL 173. TRIGLICERIDOS 158, ACIDO URICO 2.77. TGO 56. TGP 80

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	14:26	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-02-06	14:26	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	