

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	REYNA	DYLAN ADRIAN	18	10	2018	6 años, 1 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352988669	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO BEJUCO y	999-999-9999 / (99)-999-9999
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	1352988669	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	21
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

☐

HIPOTIROIDISMO + POLIARTRALGIA

3. Resumen del cuadro clinico

PEDAITRICO DE 6 AÑOS, NO SE REFIEREN ANTECEDENTES QUIRURGICOS, ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE ATOPIA. PACIENTE CON CUADRO DE POLIARTRALGIA DE 2 AÑOS DE EVOLUCION QUE MEJORA LEVEMENTE AL USO DE AINES (IBUPROFENO), TRAE LABORATORIOS QUE MUESTRAN TSH 6.17 (VALOR REFERENCIAL PARA EDAD 0,6 4,84) T4 LIBRE 1,53 (VALOR REFERENCIAL 0,93-1,7) T3 LIBRE 3,93 (VALOR REFERENCIAL 1,6-6,0), POR LO QUE SE SOLCITA VALROACION POR ESPECIALIDAD, NUMERO TELEFONICO 0985323609 // 0981583715

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: PCR 2.19 FX REUMATOIDE 1,36 ANTI CCO 7.0 TSH 6.17 (VALOR REFERENCIAL PARA EDAD 0,6 4,84) T4 LIBRE 1,53 (VALOR REFERENCIAL 0,93-1,7) T3 LIBRE 3,93 (VALOR REFERENCIAL 1,6-6,0) SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 8.3 LINFOCITOS 3.8 NEUTROFILOS 3.9 HEMOGLOBINA 12.7 HTCO 37,3 VCM 80.4 HCM 27.3

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	13:18	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-11-21	13:18	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

