

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	SANTILLAN	AHITANA ABIGAIL	24	02	2022	3 años, 8 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353826231	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	096-766-4335 /
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	1353826231	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	10	24
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

PEDIATRICO DE 3 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONTROL EN ENDOCRINOLOGIA POR PRESENTAR TRASTORNOS TIROIDEOS DEL EL PRIMER AÑO DE EDAD CON TSH ELEVADA, CON T3 y T4 NORMAL EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 2.5 MG QD - PADRE Y FAMILIARES PATERNOS CON PROBLEMAS TIROIDEOS Y HIPERTENSIÓN ARTERIAL, A LOS 3 AÑOS ES VALORADA NUEVAMENTE (25/02/2025) PRESENTADO DISMINUCIÓN DE LA TSH Y CON DOSIS LEVOTIROXINA 5 MG QD, PRESENTA ESTREÑIMIENTO CRONICO EN CONTROL CON GASTROENTEROLOGÍA - TOMA NEOLAX PERO PERSISTE CUADRO CLINICO, ADEMÁS PRESENTO COAGULACIÓN VASCULAR DISEMINADA EN CONTROL. AL MOMENTO AFEBRIL, INDICA QUE PERSISTE CUADRO CLINICO DE ESTREÑIMIENTO MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA CONTROL POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-24	08:50	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

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

