

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEDEÑO	ANDREA VERONICA	14	02	1982	44 años, 3 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	1713392510	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CIUDADELA LAS BALSAS y SN	099-326-3896 /
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	1713392510	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2026	06	01
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

☐
- No contamos con estudios ni medicamentos.

☐

3. Resumen del cuadro clínico

PTE. FEMENINA DE 44 AÑOS, CON APP DE HIPOTIROIDISMO, HTA, OBESIDAD, HIPERLIPEMIA, Sx. A-D.- AHORA ACUDE POR CHEQUEO MEDICO SUBSECUENTE... LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 88 MG QD, LOSARTAN 50MG BID, SIMVASTATANIA 20 MG QD, AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR. MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S TA: 130/80mmHg POR ELLO SE INDICA MAPA HOLTER... Y EX. DE LAB. INCLUIDO EL PERFIL TIROIDEO... PENDIENTE REFERENCIAA ENOCRINOLOGIA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Sensación de cansancio malestar general...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	11:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-01	11:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

