

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1245	CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES		C	1720585312		1720585312						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELASQUEZ		IBARRA		EUGENIA		MARIBEL		F	29/5/1986	39	H	D	M	
													A	
													X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA				DERIVACIÓN						
991618756				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
MANABI		JUNIN		JUNIN		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
						3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive				
						4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
						5. Problemas de infraestructura.								
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		ENDOCRINOLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
FEMENINA CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO HACE 5 AÑOS TRATADA CON LEVOTIROXINA 150 MCG VO QD. PESE A LO QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE CAIDA DE CABELLO ONICOLISIS ASTENIA DEBILIDAD INTOLERANCIA AL FRIO CEFALEA CAMBIOS DE HUMOR REQUIERE SEGUIR VALORACIONES DE ENDOCRINOLOGIA.														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
TSH 81 IU/ML T4L 0.32														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	E039		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
09/01/2026		13H30		MARGARITA SALOME		QUIROZ		GILER						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						
1309650404														
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN														
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO			
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA						
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.					4.									
2.					5.									
3.					6.									
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE														
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						