

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	VELEZ	DANIELA YADIRA	12	08	2004	21 años, 10 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1755338942	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LA ATRAVEZADA y LA ATRAVEZADA	096-878-0890 /
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	1755338942	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	22
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 CON APP DE OBESIDAD MÓRBIDA, CON TRATAMIENTO DIETÉTICO CON NUTRICIÓN, EL CUAL SE HA ESTANCADO CON EL PESO DESDE HACE 2-3 MESES, ACOMPAÑADO DE FATIGA, SOFOCOS COMO SI TUVIERA ALGO EN EL CUELLO, SENSACIÓN DE CALOR, ADEMÁS DE ALTERACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN, FORMULA MENSTRUALES 5-21 DÍAS/2-3 MESES, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA. *** 0989641846 - 0979815361 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: INSULINA PLASMATICA EN AYUNAS: 28.63 uIU/ml, GLUCOSA SERICA: 90 mg/dl, HOMA- IR: 6.30 uUI/L, T3 TOTAL: 099 ng/ml, T4 TOTAL: 9.20 ug/dL, TSH: 7.27 uIU/ml, CORTISOL AM-PM: 304.40 ng/ml.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES, NO ESPECIFICADO	E079		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-22	13:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-22	13:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

