



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	001414	Hospital General Napoleon Davila Cordova	HG	1302789654								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Saldarriaga	Marcillo	Carmen	Maria	M	14-02-1953	71	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0993278029		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive					
13	1303	130353	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 General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Endocrinología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE ADULTA MAYOR DE 71 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA TRATADA CON LOSARTAN 100MG CADA DIA - DMT2 TRATADA CON EMPAGLIFOZINA 10MG COMBINADA CON ISULINA DE ACCION INTERMEDIA 20UI PACIENTE AL MOMENTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO Y RIESGO PODOLOGICO ALTO ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO- ACTIVO- REACTIVO- ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS- TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPTS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO- A LA PALPACIÓN NO MEGALIA- A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. - EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS- NO HAY EDEMA. MUCOSAS- HIDRATADA. PIEL: LUCE LEVE NORMAL . SE REALIZA PROMOCIÓN DE SALUD. SE RECOMIENDA LIMITAR EL CONSUMO DE DULCES Y PRODUCTOS DE PASTELERÍA. CONS UMIR AGUA SEGURA A DIARIO. LAVADO CORRECTO DE MANOS ANTES DE COMER. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO CAMINAR 30 MINUTOS DIARIO. EVITAR EL CONS UMO DE TABACOS. EVITAR EL CONS UMO DE GASEOSAS. HIGIENE BUCAL Y ASEO PERSONAL DIARIO. DORMIR AL MENOS 8 HORAS DIARIO. ACUDIR POR LO MENOS 2 VECES POR AÑO AL ODONTÓLOGO FOMENTAR EL CONSUMO DE AGUA HERVIDA - DOS LITROS AL DÍA. ORIENTAR A DIS MINUIR EL CONS UMO DE SAL Y AZÚCAR. EVITAR LA GESTA DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA Y CARBOHIDRATOS. EDUCAR LA INGESTA DE PROTEÍNAS- LEGUMBRES- FRUTAS Y VEGETALES EN PORCIONES ADECUADAS. PLAN SE DA MEDICACIONREGISTRADA Y SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS INS ULINODEPENDIENTE AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes Mellitus Insulinodependiente Con Otras Complicaciones Especificadas		E106		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-01	11:54	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	TIPOLOGIA	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 CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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		