



| 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                              | Boyaca                   |                                     | CS-A      | 1302470263                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                          | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| Zambrano                                                    |                                                         | Solorzano                           |                          | Favio                               |           | Jose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | H                 | 12-02-1958       | 67   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                        | D                               | M                        | A                        |                                    |                          |                          | X                                  |                                     |                          |                                                         |                          |
| H                                                           | D                                                       | M                                   | A                        |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     | X                        |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                                         |                                     |                          | REFERENCIA                          |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 0994400552                                                  |                                                         |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                          | 1. Accesibilidad geográfica.        |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          | 2. Falta de espacio físico.         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   |                                                         | CANTÓN                              |                          | PARROQUIA                           |           | 3. Falta de equipamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          |                                                         | 1303                                |                          | 130351                              |           | 4. Equipos en mal estado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACIENTE MAS CULINO DE 67 AÑOS ACUDE A CONS ULTA PARA REVIS ION DE EXAMENES S OLCITADOS EN CONTROL PAS ADO- ALMOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE REFIERE QUE HA PRES ENTADO MOLES TIAS PARA ORINAR DURANTE LAS NOCHES - S E LEVANTAEN VARIAS OCAS IONES - REFIERE TOMAR TAMS ULOS INA EN LAS NOCHES - NO PORTA RES ULTADOS DE PS A- ADEMAS PRES ENTATENS ION ARTERIAL ELEVEDA A PES AR DE TOMAR MEDICACION ANTIHIPERTENS IVA- S E DECIDE AÑADIR ANTIHIPERTENS IVO- ADEMAS S EREALIZA MEDICION DE LA GLUCOS A REPORTANDO 286 MG/DL A PES AR DE US AR 40 UI INS ULINA AM Y METFORMINA 1000 MG PM PORLO QUE REQUIERE VALORACION DE ES PECIALIDAD. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REC UENTO DE GLÓBULOS ROJOS 5.18 10^6/?L 5 - 6.5 HEMOGLOBINA 15.8 G/DL 14.5 - 18.5HEMATOC RITO 45.4 % 45 - 55 VOLUMEN CORPUSC ULAR MEDIO (VCM) 87.7 ?M3 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSC ULAR MEDIA (HCM) 30.5 PG27 - 31 ANC HO DE DISTRIBUC IÓN ERITROC ITARIA (RDW)S 42.4 ?M3 PLAQUETAS 297 103/?L 150 - 450 GLÓBULOS BLANC OS 8.59 103/?L 4 - 10LINFOC ITOS (%) 44.3 NEUTRÓFILOS (%) 42.2 MONOC ITOS (%) 9.3 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 3.2 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 1 % 0 - 2 |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                                 | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Diabetes Mellitus No Insulinodependiente Con Otras Complicaciones Especificadas |                                    | E116 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                                                 |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                                                 |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |       |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|-------|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |       | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 2025-11-12                            | 04:41        | Victor        |  | Moreira         |       | Solorzano        |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  |                 | SELLO |                  |  |
| 1314991439                            |              |               |  |                 |       |                  |  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |