



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	Unidad Anidada Hospital Basico De Rocafuerte		AU	1305920504					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Rodríguez		Argandoña		Rosa		Flerida		M	09-08-1971	53	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0982408014 - 0959880251				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		8. Inadecuada capacidad resolutive			
13				1312		131250		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				3. Falta de equipamiento.				X			
				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
FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE MAS O MENOS 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN: HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON ZIAC 2.5MG (BISOPROLOL + HIDROCLOROTIAZIDA) VO QD- DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON JARDIANCE DUO 12-5/1000MG (EMPAGLIFLOZINA + CLORHIDRATO DE METFORMINA) VO QD E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DESDE HACE 5 AÑOS AÚN EN ESTUDIO PARA CARNET DE DISCAPACIDAD. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE SUS PATOLOGIAS- LAS MISMAS QUE NO HAN SIDO ATENDIDAS DESDE HACE +/-4 AÑOS. REFIERE QUE DESDE HACE +/-4 MESES PRESENTA CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD- CANSANCIO- DOLORES MUSCULARES Y HORMIGUEO EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES- NÁUSEAS QUE NO LLEGAN AL VÓMITO- PIEL SECA- POLAQUIURIA- TENESMO VESICAL- Y PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD EN LOS PIES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SE REVISAN EXÁMENES EN SISTEMA: 14/03/2025 HEMOGLOBINA:14-5 G/DL- HEMATOCRITO: 45.3%- GB:10-21- GLUCOSA: 368-7 MG/DL- PROTEINAS TOTALES: 9.22 G/DL- COLESTEROL: 255 MG/DL- TRIGLICÉRIDOS: 479-8 MG/DL- VLDL: 95-96 MG/DL- TGP: 56-7 U/L. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA ENDOCRINOLOGIA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente Con Complicaciones No Especificadas		E118		X	4.			
2.	Hiperlipidemia Mixta		E782		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-16	11:24	Karen		Lopera	Rodríguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310488075					

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
MSP				UNIDADES ANIDADAS	1305920504	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Unidad Anidada Hospital Basico De Rocafuerte	13D12	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Se Sugiere Empagliflozina/Metformina 12.5/1000mg 2 Veces Al Dia- Control Con Estudios De Laboratorio.Se Sugiere Pregabalina 50mg Al Dia .

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente Sin Mencion De Complicacion		E119		X	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	
1310932148				