



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	Chone	CS-C	1307366854								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Alcivar	Lucas	Edicta	Marlene	M	04-04-1974	52	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
097-934-0794		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130350	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
PACIENTE F DE 51 AÑOS - HTA / DM2 / CONSTIPACION - TRATADA CON LOSARTAN 100MG AM - METFORMINA/DAPAGLIFLOZINA1000/5MG DOS VECES AL DIA - INSULINA NPH 26 UI SC AM - 14 UL SC PM - INSULINA RAPIDA ANTES DE CADA COMIDA 6 IL -PREGABALINA 150MG PM - SIN VASTATINA 20MG PM - EXAMEN FISICO NORMAL - TRAE CONTRAREFERENCIA CON SOLICITUD Y SELLO DEMEDICO ESPECIALISTA DE ACTUALIDAD REFERENCIA PARA SEGUIR CONTROLES EN 2DO NIVEL DE ATENCION--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
.....

E. 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.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-10	01:11	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1307366854	

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	Centro De Salud Tipo C (Chone)	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Se Simvastatina 20mg Al Dia- Metformina/Dapagliflozina 1000/5 Mg Dos Veces Al Día- Insulina Nph 26ui En La Mañana Y 14ui En La Noche- Insulina Rapida Antes De Cada Comida 6ui-
.Paciente No Trajo Estudios De Laboratorio- Se Agenda Pedido De Laboratorio . .

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				