

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	Santa Rita	CS-A	1313890137						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Arteaga	Saavedra	Glenda	Tatiana	M	30-04-1987	38	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
097-966-1313		☒		☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐						
		2. Falta de espacio físico.		☐						
		3. Falta de equipamiento.		☐						
		4. Equipos en mal estado.		☐						
		5. Problemas de infraestructura.		☐						
				☐						
				☐						
				☒						
				☐						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130302								

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 FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD CON APP DE DM2 HACE 2 AÑOS TRATADA CON INS ULINA NPH 24UI AM +12UI PM -METFORMINA 850 BID- MAS DIS LIPIDEMIA TRATADA CON S IMVAS TATINA 20MG QD DAPAGLIFLOZINA 10MG QD. PACIENTE ACUDE CONREFERENCIA INVERS A DES DE EL HNDC DONDE MEDICO INDICA REFERIR NUEVAMENTE POR FALTA DE AGENDA A PACIENTE PARACONTINUAR S EGUMIENTO DE ENFERMEDAD BAS E. PACIENTE CUENTA CON IES S REFIER AS IS TIR A EMERGENCIA LA NOCHJE ANTERIORPOR CEFALEA Y MAREOS EN DONDE LE REALIZANEXAMEN DE GLUCOS A QUE REPORTA VALOR DE 480MG/DL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes Mellitus Tipo 2	E11		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-05	02:15	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1709823288				

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	1313890137	

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	Santa Rita	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS
--

Paciente Refiere Que No Ha Tomado La Dapagliflozina 10mg Al Dia- Paciente Refiere No Tener Glucometro- Refiere Que Esta Lo Esta Consiguiendo A Momento No Lo Tiene- Consulta Pasada Indico Lo Mismo- Indica Que Un Familiar Le Coloca Insulina- Se Le Indica La Importancia De La Dieta Y El Ejercicio- Colesterol Y Trigliceridos Elevados Por Lo Cual..Se Sugiere Insulina Nph 24ui 7am- 12ui 7pm- Insulina Rapida 4ui Antes De Cada Comida- Metformina/Dapagliflozina 1000/5mg 2 Veces Al Dia- Rosuvastatina 10mg Al Dia En La Noche- Fenofibrato 160mg Al Dia En La Noche. .Se Sugiere Control Con Glicemia Capilar- Lunes- Jueves Antes Y Dos Horas Despues Del Desayuno- Martes Y Viernes Antes Y 2hrs Despues De Almuerzo- Miercoles Y Sabado Antes De Merienda Y Antes De Dormir- Se Sugiere Si Es Que Consigue Glucometro En 15 Dias Venir Para Revisar Glicemias.Se Explica Signos De Hipoglicemia Sudoracion- Aumento De Apetito- Temblores- Palidez- Nerviosismo- Vision Borrosa- Debilidad- Y Se Explica Que Si Presenta Y Paciente Conciente Y Puede Alimentarse- Dar Tres Cucharaditas De Azucar En Un Vaso Con Agua- O Sino Una Cucharada De Miel De Abeja- Y Luego Evaluar En 15 Minutos Con Glucometro- Y Si Paciente No Puede Alimentarse- Venir A La Emergencia De Este Hospital Para Evaluacion .Se Envía Nota A Estadística Para Agendamiento En Marzo 2026 Con Laboratorio Glucosa- Hemoglobina Glicosilada- Colesterol Total- Hdl- Ldl- Trigliceridos- Urea- Creatinina- Acido Urico- Tgo- Tgp- Hemograma.

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.	Hiperlipidemia Mixta	E782		X	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				