



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	Cucuy	CS-A	1306892876						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Cevallos	Cedeño	Delia	Ideleonor	M	01-12-1954	71	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0962689849		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130355								

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 71 AÑOS APP: DM2 SIN BUENA ADHERENCIA A TTO- AQX: COLECISTECTOMIA- HISTERECTOMIA- APENDICECTOMIA- SPB- CATARATAS- ALERGIAS NO REFIERE- ACUDE PARA REALIZAR NUEVAMENTE REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGIA EN HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA CORDOVA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA. AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA- PACIENTE ESTABLE- AFEBRIL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

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
2026-02-12	11:11	Adalid	Vera	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315945830				

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	1306892876	

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

Cucuy

13D07

//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Se Insulina Glargina U100 18ui Al Día En La Noche- Metformina/Dapagliflozina 5/1000 Una Vez Al Dia.Se Explica A Paciente Signos De Hipoglicemia Sudoracion- Aumento De Apetito- Temblores- Palidez- Nerviosismo- Vision Borrosa- Debilidad- Y Se Explica Que Si Presenta Y Paciente Consciente Y Puede Alimentarse- Dar Tres Cucharraditas De Azucar En Un Vaso Con Agua- O Sino Una Cucharrada De Miel De Abeja- Y Luego Evaluar En 15 Minutos Con Glucometro- Si No Regula Sigue Menos De 70 Volver A Repetir Tres Cucharraditas De Azucar En Un Vaso Con Agua- O Sino Una Cucharrada De Miel De Abeja- Y Luego Evaluar En 15 Minutos Con Glucometro Y Si Se Regula Si Esta Cerca De Comida Principal Realizarla Y Sino Comer Una Fruta- Pan Blanco O Una Galleta- Y Si Paciente No Puede Alimentarse- Venir A La Emergencia De Este Hospital Para Evaluacion .Se Le Indica A Paciente Que Si Se Despierta Con Dolor De Cabeza- Pesadillas O Sudoración Nocturna- Debe Medirse La Glucosa A Las 3:00 Am.

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				