



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1304232331						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Chavez	Maria	Alejandrina	M	10-10-1954	71	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0986077503		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1315	131550	5. Problemas de infraestructura.	X						

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	Cirugia Vascular

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
ACUDE PARA CONTROL Y S EGUIMIENTO- APP DE HTA CON TTO CON LOS ARTAN 100MG UNA TABLETA EN LA MAÑANA Y AMLODIPINO10MG UNA TABLETA EN LAS NOCHES Y DM TIPO I CON TTO CON INS ULINA 30UI S /C EN LAS MAÑANAS Y 15UI S /C EN LAS NOCHES YMETFORMINA 850MG UNA TABLETA AL DIA- OS TEOPOROS IS CON TTO S INTOMÁTICO ANALGÉS ICOS . BUEN APETITO- NO CEFALEA- NOMAREOS - NO TINNITUS - NO POLIDIPS IA NO POLIFAGIA- NO PERDIDA DE PES O. S E DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS -CONTROL DEL PES O Y TRATAMIENTO MEDICO. RIES GO CV A 10 AÑOS : 15% (ALTO). PUNTUACIÓN FINDRIS K: 25 (MUY ALTO). ***

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO S INUS AL- NO ARRITMIAS - NO IMPRES IONA AUMENTO DE CAVIDADES - NO S IGNOS DE IS QUEMIA NI DEBLOQUEOS . *** AMPUTACIÓN DEL 2DO DEDO DEL PIE IZQUIERDO Y FALANGE DIS TAL DEL 2DO DEDO DEL PIE DERECHO- S E OBS ERVADEMAS DE CIANOS IS DIS TAL DEL 1ER Y 3ERO DEDO DE PIE DERECHO.***I. DATOS DEL USUARIO/USUARIAII. REFERENCIA DERIVACIÓN SNS-MSP / HCU-FORM.053 / 2021

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Diabetes Mellitus Insulinodependiente Con Complicaciones Circulatorias Perifericas	E105		X	4.				
2.				5.				
3.				6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-14	10:47	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310671951				

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