

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
HSP			CS. Quinope		A	0550323134			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Loor	Loor	Abele		Yonane	F		11	H D M A	
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO	
0994031111					0			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
13	02	80							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
HSP	Hosp Hospital Quinope	Consult Est	Diabetes

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente con cuadro clínico de Ulceras más de evolución crónica, por compromiso físt, se realiza estudios de laboratorio donde se evidencia Ulceras ulteriores de placa.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Glb: Glucosa basal: 126mg/dl, HBA1C: 6,6%, Glucosa 3 meses: 142,1, Insulina post prandial: 15,74, Insulina en Ayuno: 8.3, HbA1c: 2.6

E. DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Diabetes Mellitus no especificada. E149.								
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
31/01/25		Luis	Vivas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SEGUNDO APELLIDO
1310742980			Rodríguez

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA ☐		REFERENCIA INVERSA ☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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.								
2.								
3.								

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO