

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALLE	RUIZ	TANIA ALEJANDRA	14	11	1989	35 años, 4 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0927169946	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	VIA VENADO y	099-364-3306 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

0993643306.

0979847571.

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0927169946	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13005 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
MSP	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Consulta externa	Cirugía	Fecha
				2025 04 07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

INSULINODEPENDIENTE PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DIABETICA INSULINODEPENDIENTE DM TIPO 1 DX A LAS 18 AÑOS, QUE APLICA INSULINA NPH 32 UI AM Y 14 UI PM, INSULINA RAPIDA 4 UI PM, CUADRO DE 2 MESES DE EVOLUCION CON INFLAMACION DE DEDO INDICE DE MANO DERECHA, PACIENTE REFIERE SIN CAUSA APARENTE NIEGA TRAUMA NIEGA HERIDAS (1 SEMANA ANTES PICADURA DE ABEJA), FUE MANIPULA POR SOBADOR HACE 1 MES, HACE 15 DIAS REALIZARON DRENAJE EN HOSPITAL SE DRENO ABUNDANTE MATERIAL PURULENTO EN TTO CON CEFUROXIMA Y METRONIDAZOL, SE ENVIA REFERENCIA AL CIRUJANO Y TO. RX SIGNOS DE OSTEOMIELITIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX ADJUNTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS OSTEOMIELITIS	M868	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL
2025-04-07	11:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR

CÓDIGO	FIRMA
1311757155	<i>Dr. Diego Zambrano A.</i> ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Reg. Senescyt: 1027-2017-1803673 MSP-1311757155

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefere o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
-------------	--------	-----	-----

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-07	11:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	