

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORENO	ALVARADO	OLGA LIDIA	15	10	1987	38 años, 2 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0930728746	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PRIMAVERA y ALIRIO ANGULO	098-105-4232 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0930728746	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	12	28
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

Paciente femenina de 30 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 1, acude por descompensación metabólica. Al momento de la valoración presenta crisis diabética con glicemia capilar de 200 mg/dl. Se encuentra consciente, orientada, hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de parámetros aceptables. Refiere mal control glucémico reciente. Al examen físico sin signos de deshidratación severa ni datos de infección activa. Se realiza control de glucosa, se inicia manejo según protocolo, con indicaciones de ajuste terapéutico, hidratación adecuada y control estricto de glicemias. Se recomienda seguimiento por medicina interna/endocrinología y educación en adherencia al tratamiento y dieta.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

diabetes mellitus tipo 1, acude por descompensación metabólica.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E106		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-28	16:53	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

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

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

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
2025-12-28	16:53	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	