

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICODIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO A300940341	
PRIMER APELLIDO Mendoza	SEGUNDO APELLIDO Balderrama	PRIMER NOMBRE Basilio		SEGUNDO NOMBRE Rocin	SEXO H	FECHA NACIMIENTO H. 04/04/1946	EDAD 79	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☒ A ☐	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0997168645			REFERENCIA		DERIVACIÓN				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1 Accesibilidad geográfica		MOTIVO				
PROVINCIA MANABI	CANTÓN Flavio	PARROQUIA Flavio	2 Falta de espacio físico		6 Problemas de abastecimiento				
			3 Falta de equipamiento		7 Insuficiencia de profesionales				
			4 Equipos en mal estado		8 Inadecuada capacidad resolutoria				
			5 Problemas de infraestructura		9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta externa	ESPECIALIDAD Cirugía Vascular
-------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino adulto mayor. de 79 años de edad que cursa cuadro clínico de H+ a semana de evolución caracterizada por dolor, edema, abe- torrecia no sensible, y zona necrótica en pie derecho (ulcer) de pie diabético paciente insulino dependiente insulina y ASUI AM.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Glucosa: 237 mg/dl.		
---------------------	--	--

DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Diabetes Mellitus con complicación	DIAB						
no insulino dependiente							

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 22/12/2025	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Andree	PRIMER APELLIDO Lat	SEGUNDO APELLIDO Soliz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN A312713751	FIRMA Andree Lat	SELLO		

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--

DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--	--	--

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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