

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | OLMEDO           | NENA ESTRELLA | 15                  | 01  | 1947 | 79 años, 5 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                        | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301569610        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ELIOS SANTOS MACAY y MALECON DEL | 0998106877          |
| 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                 | 1301569610                | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                |      |       | 13D07 / ZONA 4 |
|                     |                           |                          |                                                      |                |      |       |                |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                                                      |                |      | Fecha |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa                                     | Endocrinología | 2026 | 07    | 02             |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                          | Servicio                                             | Especialidad   | día  | mes   | año            |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD, CON APP DE DM TRATADA INSULINA GLARGINA 20 UI AM METFORMINA 850 MG HTA TRATADA LOSARTAN 50 MG QD .ACUDE A CONTROL MEDICO Y RETIRO DE MEDICACION . AL MOMENTO AFEBRIL VIGIL Y EN BUEN ESTADO GENERAL. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                         |
|-----------------------------------------|
| NO CUENTA CON LABORATORIOS ACTUALIZADOS |
|-----------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCION DE COMPLICACION | E119   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-02 | 15:11 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-02 | 15:11 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |