

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |           |                            |                                                         |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-----------|----------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGIA                                               | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                   |            |                          |   |   |   |
| MSP                                   |                  | 1413      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II                                                      | 1302032220                       |                                     |            |                          |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |           | PRIMER NOMBRE              | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD       | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)  |   |   |   |
| BAILON                                | MENDOZA          |           | DOLORES                    | OLGA                                                    | F                                | 30/3/1955                           | 71         | H                        | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |           |                            |                                                         | REFERENCIA                       | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| 0-99 792 4684                         |                  |           |                            |                                                         |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |           |                            |                                                         | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                     |            |                          |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           |           | PARROQUIA                  | 2. Falta de espacio físico.                             |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
| MANABI                                | FLAVIO ALFARO    |           | FLAVIO ALFARO              | 3. Falta de equipamiento.                               |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            | 4. Equipos en mal estado.                               |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |
|                                       |                  |           |                            | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                                     |            |                          |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                  |
|-------------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD     |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | MEDICINA INTERNA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 71 AÑOS EDAD. APP DM2 CONTROLADA . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR ADORMECIMIENTO DE LAS PIERNAS AL CAMINAR ADUNAMIA NO ESPECIFICADA , DE VARIOS DIAS DE EVOLUCIÓN. EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                              |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|----------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO                              | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE    | E115 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              | CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                                              |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)    | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 24/4/2026                             | 8:00            | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               |                 |                  |
| 1312022369                            | DR ROMULO MUÑOZ |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | 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.              |                 |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.              |                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                 |     |     |     | 6. |     |     |     |

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 | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |