

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	1302333917		1302333917						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
ZAMBRANO		NAVARRETE		MONSERRATE		DEL JESUS		M	28/07/1953	72				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
098831567				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	FLAVIO ALFARO		ZAPALLO											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
		CONSULTA EXTERNA	
		CIRUGIA VASCULAR	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, INGRESADO EN EL MES DE ENERO POR COMPLICACIONES PERIFERICAS EN PIERNA DERECHA, ACUDE NUEVAMENTE POR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EDEMA, ERITEMA, DOLOR Y ULCERACION EN PIE DERECHO, ACOMPAÑADO DE MALESTAR GENERAL, NAUSEAS Y ALZA TERMICA, REFIERE NO UTILIZAR INSULINA PREESCRITA, AL MOMENTO DE LA ATENCION GLICEMIA CAPILAR DE 350 MG/DL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Leucocitos# 9.20 x 10³/µL , Neutrofilos# 7.87 10^3/uL,
Hematies 3.65 , Hemoglobina 9.6 , Hematocrito 29.9 %
Plaquetas 311 x 10³/µL, Glucosa 350.69mg/dL, HEMOGLOBINA GLICOCILADA: 8.9%
UREA: 44.78 CREATININA 1 MD/DL

E. DIAGNÓSTICO													
		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS			E105		X	4.						
2.							5.						
3.							6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/05/08	8:00	TAYNOVA		SILVA		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO		
1312582487		TAYNOVASILVA					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN															
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

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		