

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANTOS	NELLY ANITA	24	07	1957	68 años, 10 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302723752	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SD y SD	098-359-0963 /
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	1302723752	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	06	22
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 CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS HACE 15 AÑOS, PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO ACTUAL CON METFORMINA 500MG VO QD AM Y 500MG VO PM, INSULINA DE ACCION INTERMEDIA 35 UI AM Y 25 UI PM, ADEMAS DE HIPERTENSIPN ARTERIAL PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD + AMLODIPINO 10MG VO QD + CLORTALIDONA 50MG VO QD. PACIENTE CON PARESTESIAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, GONALGIA BILATERAL DE INTENSIDAD MODERADA QUE EMPEORA CON MARCHA Y BIPEDESTACION, PRESENTA ADEMAS DISMINUCION MARCADA DE AGUDEZA VISUAL, A PESAR DE INTERVENCION QUIRURGICA OCULAR HACE 7 AÑOS POR CATARATA. PACIENTE CON MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEBIDO A NO DISPONIBILIDAD DE MEDICACION. GLUCOSA EN AYUNAS NO SE HA REALIZADO HACE VARIOS MESES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	E117		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-22	15:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-06-22	15:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

