

1. 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	1303719319	1302419319		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Saldaraga	Gonzal	Betty	Rosalva	F	19-10-1956	66	H D M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0984095096			X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica				
Manabí	F. P. Albo	F. Albo	2. Falta de espacio físico.				
			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				X
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				X

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta Externa	Diabetología.

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente femenina de 66 años con antecedente de diabetes mellitus Tipo 2, acude por presentar pérdida de peso, náuseas moderadas e inapetencia

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

5. DIAGNOSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
	Diabetes mellitus Tipo 2	E119		5				

6. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25-06-2026	14:00	Taynora	Salma	Fernandez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312582487	Taynora	Dra. Taynora Salma FERNANDEZ MEDICO GENERAL C.I. 1312582487 Ref. Sanes 1009-2017-1914682		

7. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

8. 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

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

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

10. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

11. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

12. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

13. DIAGNOSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF

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

15. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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