

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BARRE	EDUARDO RAFAEL	03	10	1954	71 años, 7 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303761553	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y 1ERO DE MAYO	099-768-0149 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303761553	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	05	21
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD CON APP: HTA (LOSARTAN 100MG QD) Y DM (INSULINA NPH 20UI AM Y 10UI PM + DAPAGLIFOZINA 10MG QD), APF: HERMANO DM, AQX: APUTACION DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUEIRDA AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE CON LA ESPOSA (CARMEN BRAVO) CON REFERENCIA INVERSA DEL ENDOCRINOLOGO LA CUAL MENCIONA TRATAMIENTO DE INSULINA NPH 20UI AM - 10UI PM - EMPAGLIFOZINA 10MG QD - METFORMINA 850MG QD. ADEMAS DE SOLICITAR REFERENCIA PARA CONTROL SUBSECUENTE. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTECIAS EN EXTREMIDADES, ADEMAS DE REFERIR PERDIDA DE AGUDEZA VISUAL, NIEGA CUALQUIER OTRO SINTOMA. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO ACEPTABLES. IMC SOBREPESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E116	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	13:44	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-21	13:44	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

