

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELEZ	GLADYS MARGARITA	01	06	1954	71 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

095-985-2424

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303802761	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y MARIANA DE JESUS	098-929-8423 / (98)-659-4090
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	1303802761	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	10	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON HTA Y DIABETES QUE ACUDE A CONTROL, AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA APARENTE , LLAMA LA ATENCION QUE TIENE AUMENTO EXCESIVO DE TRIGLICERIDOS, PESE A TOMAR SINVASATINA 40MG.GEMFIBROZILO 600MG C12 HORAS, AL MOMENTO EXAMENS CON ALTERACIONES.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COLESTEROL: COLESTEROL 179,1 GLUCOSA: GLUCOSA 261,3 TRIGLICERIDOS: 840,7 SE DERIVA CON ESPECIALIDAD.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERLIPIDEMIA MIXTA	E782		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	08:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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