

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ANDRADE	MERCY CECILIA DEL JESUS	26	06	1960	65 años, 2 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304048745	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA LOS NARANJOS 1 y MZ9V16	096-830-0842 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1304048745	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	09	16
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/especificar:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 MAL CONTROLADA DESDE HACE MÁS DE 10 AÑOS, QUE ACUDE POR ÚLCERA EN EL PIE IZQUIERDO DE 7 MESES DE EVOLUCIÓN, ASOCIADA A DOLOR, EDEMA, ERITEMA Y SECRECIÓN PURULENTO, CON PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD TÁCTIL Y TERMAL EN EL MISMO MIEMBRO, ADEMÁS DE SIGNOS DE ISQUEMIA LOCAL; REFIEREN HISTORIA DE HIPERGLUCEMIA CRÓNICA, AMPUTACIÓN DEL TERCER FALANGE DE PIE IZQUIERDO POR CUADRO SIMILIAR DE ULCERAS. PRESENTA SIGNOS DE INFECCIÓN LOCALIZADA Y RIESGO DE GANGRENA, POR LO QUE REQUIERE EVALUACIÓN URGENTE PARA MANEJO INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON ULCERA DE PIE		E116		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-16	08:56	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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