

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <u>Zambiano</u>		Apellido materno <u>Delgado</u>		Nombres <u>Rodriguez Wilmer</u>		Fecha de Nacimiento 15 02 1960 64 H	
Nacionalidad <u>Ecuatoriano</u>	País <u>Ecuador</u>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <u>1304134560</u>	Lugar de residencia actual <u>Manabí Chone</u>		Dirección Domicilio <u>San Antonio Barrio 2 - dentro pasedo</u>		Nº Telefónico <u>0980729929</u>

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <u>MSP</u>	Hist. Clínica No. <u>1304134560</u>	Establecimiento de Salud <u>UD San Antonio</u>	Tipo <u>A</u>	Distrito/Área <u>13007 Zona 4</u>		
Refiere o Deriva a: <u>MSP Hosp. Paula Cordova</u>		Especialidad <u>Emergencia</u>		Fecha <u>30 8 24</u>		

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☐ Saturación de capacidad instalada ☐
 Ausencia temporal del profesio ☐ Otros /Especifique ☒
 Falta de profesional ☒ Falta de área especializada.

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 64 años APP: DM2, mal controlada en Hb con múltiples complicaciones. Acude por cuadro de 15 días (según refiere familia) caracterizado por herida en planta de pie derecho, en días anteriores con alta fiebre no notificada, eliminación de líquidos, letargo y náuseas.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Glucosa capilar: 148 mg/dl
Clas. IDSP pie diabético: Grado 3

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1 Heridas múltiples del tobillo y del pie	S917		X
2 Diabetes Mellitus no insulino dependiente con complicaciones múltiples	E117		X

Nombre del profesional: Dr. Agustín Carvajal Código MSP: 1315938504

Firma: DR. AGUSTÍN CARVAJAL Z.
MEDICO CIRUJANO
C.I.: 1315938504
REG. SINESCIT: 1009-2021-277232

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
---------------------	--------------------	--------------------------	------	----------	---------------------------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha
---------------------	--------------------------	------	---------------	-------

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____