

A. 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	1246	CS. TOSAGUA	C	1304233727	1304233727					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SANCHEZ	LUCAS	MILCIADES	ANTONIO	H	20/05/1963	62	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO			
0984084844 / 0993508341		/	1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒			
			4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y DE MEDICAMENTO E INSUMOS		☒			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								
5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE " Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA.	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PTE. MASCULINO DE 62 CON APP. DE CEGUERA BILATERAL BINOCULAR DE > DE 5 AÑOS. AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA POR PIE DIABETICO DERECHO (2028). LLEVA TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 35UI MÑN + 20 UI NOCHE. METFORMINA DE 500MG QD.- LOSARTAN 50MG BID. AMLODIPINO 5MG x NOCHE. ESTATINAS Y COMPLEJO B. AHORA ES TRAÍDO POR SU ESPOSA EN SILLA DE RUEDAS POR LESIÓN EN 2º DEDO DE PIE IZQUIERDO CON COLORACIÓN VIOLÁCEA QUE IMPRESIONA HIPOVASCULARIZADO E INFECTADO... POR ELLO SE REFIERE A II NIVEL POR NO TENER MEDICAMENTO NI INSUMOS (NO HAY INSULINA, CILOSTAZOL.....etc.) ECOGRAFIA VASCULAR DOPPLER..

Nota: El Pte.no se ha estado administrando la insulina...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LESIÓN EN 2º DEDO DE PIE IZQUIERDO CON COLORACIÓN VIOLÁCEA QUE IMPRESIONA HIPOVASCULARIZADO E INFECTADO...

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS, CON COMPLICACIONES CIR	E135		X	4	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	I739	X
2. DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS, CON COMPLICACIONES NE	E134		X	5			
3. DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS, CON COMPLICACIONES MUI	E137		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/02/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. 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

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

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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