

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						
0984084844 / 0993508341			X							
				MOTIVO						
				1. Accesibilidad geográfica.						
				2. Falta de espacio físico.						
				3. Falta de equipamiento.						
				4. Equipos en mal estado.						
				5. Problemas de infraestructura.						
				6. Problemas de abastecimiento.						
				7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive						
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y DE MEDICAMENTO E INSUMOS						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

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
22/04/2026	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		