

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	VERA	TERESA ERNESTINA	23	12	1961	63 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304258989	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS 1 y	096-835-4377 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304258989	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Diabetología		2025	03	13
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/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE AL CONTROL DE ECNT (DMII) CONTROLADA CON INSULINA NPH AL MOMENTO ACUDE A CONSULTA PARA RETIRO DE MEDICACIOL. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE QUE SE ENCUENTRA ASINTOMATICA, NIEGA SINTOMAS VASOMOTORES , NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS. PACIENTE MENCIONA QUE LLEVA MESES DE EVOLUCIÓN CON ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR, MANEJADO EN EL C.S. TIPO C POR DIABETÓLOGO PERO POR LIMITACIÓN DE INSUMOS NO HA PODIDO REALIZAR LIMPIEZAS OPORTUNAS , HERIDA SE MANTIENE IGUAL Y NO HAY MEJORIA ALGUNA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR. (PIE DIABETICO CON FRACASO DE TRATAMIENTO)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E116		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	11:08	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 clínico

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