

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	DUENAS	ANDRES EMILIO	29	08	1961	63 años, 4 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304442856	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA y	099-974-6519 /
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	1304442856	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	01	08
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 ☐

AMPUTACIÓN DE MID, INSULINOREQUIRIENTE, PIE DE CHARCOT???

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente con 63 años de edad con Dm2 diagnosticada desde hace 5 años, paciente insulino-requiriente de 20 UI SC AM y 8 UI SC pm. Además se le realizó hace 3 meses amputación de extremidad inferior derecha debajo de la rodilla. Por lo cual se realiza llenado de anexo 001. Trae laboratorio con hb 12.3 y HTC 36.3, glucosa de 117 en ayunas y colesterol total de 290, triglicéridos 94 ácido úrico 4.50 pro BNP 85.5 emo neagtivo. Urea 32 creatinina 0.60 asta 30 alt 26 ldh normal. Filtrado glomerular 108. Se agrega atorvastatina por riesgo cardiovascular elevado. Cociente albúmina creatinina 3.69. Se agenda cita con endocrinología. ADemás presenta edema y deformidad en pie izquierdo. 0981260315 María Luisa Velez Dueña.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E105		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-08	09:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2025-01-08	09:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

