

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	FALCONI	LUZBEL DEL JESUS	27	02	1964	60 años, 11 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304714171	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	099-999-9999 /
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	1304714171	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	02	19
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	☐	DM2 COMPLICADA / ECV SECUELADO / HTA EN SEGUIMIENTO HOSPITALARIO.	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD PARA CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS. APP: DM TIPO II TRATADA CON METFORMINA 850 MG (GLUCOSID) EN LA MAÑANA Y DIAMICRON (GLIDOZID) 30 MG EN LA TARDE. HTA TRATADA CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA Y CLOPIDOGREL CADA DIA. CONSTIPACION DE LARGA DATA TRATADA CON LACTULOSA. REFIERE ADEMAS QUE EN EL MES DE AGOSTO DE 2023 SUFRIÓ ACV POR LO CUAL MANTIENE SECUELAS HEMIPARECIA BRAQUIAL IZQUIERDA, ACTUALMENTE PACIENTE HA DEJADO DE TENER MEDICACIÓN TIENE GLICEMIAS POSTPRANDIALES DE HASTA 400 SE ENVIA LABORATORIO Y REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DONDE LLEVABA TODOS SUS CONTROLES POR PURIPATOLOGÍA YA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA. 0990790984

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	E117		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	11:38	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:				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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	11:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	