

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VALDEZ	JUANA JOSEFA	31	03	1963	62 años, 10 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304718610	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y	099-437-0425 /
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	1304718610	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	02	11
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	☐	UNIDAD DE SALUD SIN INSULINA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS CON APP DM2 TRATADA CON INSULINA INTERMEDIA 70 UI AL DÍA (40 UI AM Y 30 UI PM), ADEMÁS ES HIPERTENSIÓN TRATADA CON 10 MG DE ENALAPRIL Y PADECE DE OBESIDAD II. INDICA QUE EN ESTA UNIDAD DE SALUD LE DIJERON QUE ACÁ EN CS CHONE LE PODEMOS REFERIR HNDC PARA RETIRO DE INSULINA, ADEMÁS COMENTA QUE MANTIENE LESIÓN DURA A NIVEL DE TERCER DEDO DE PIE IZQUIERDO LA CUAL EMANA LIGERO MAL OLO R AUN QUE NO SE OBSERVA SECRECION DENTRO DE ESTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXÁMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E115		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-02-11	15:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

Firmado electrónicamente por:
MARIA GORETTI
MOREIRA SANCHEZ
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-11	15:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

