

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ANCHUNDIA	OTITA LEONOR	08	02	1965	61 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305152157	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y CDLA JARDIN DEL INCA	098-250-6082 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1305152157	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	07	21
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 clinico

PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD. APP DIABETES MELLITUS - HIPERTENSION ARTERIAL MEDICACION: EMPAGLIFLOZINA 25 MG, METFORMINA 850MG, - LOSARTAN 50 MG - SIN VASTATINA 20 MG DIA - CARVEDILOL 3-125 MG CADA 12 HS VEDA: 25/05/23: ID: ESBOZOS DE VARICES ESOFAGICAS - GASTROPATIA INFLAMATORIA LEVE ANTIRAL - DUODENITIS - BIOPSIA GASTRICAS: GASTRITIS CRONICA MODERADA CON ACTIVIDAD NEUTROFILICA - MUCOSAS ANTRAL CON ATROFIA EPITELIAL LEVE Y METAPLASIA INTES TINAL INCOMPLETA 10 % ECOCARDIOGRAMA: FRACCION DE EYECCION PRESERVADA 52% HIPERTROFIA CONCENTRICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO SIN EVIDENCIA DE TROMBOS O MASAS INTRACAVITARIAS TRATAMIENTO HABITUAL CARVEDILOL 3-125 CADA 12 HS MG - LACTULOSA 30 ML VO QD - ACTUALMENTE REFIERE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

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
2026-07-21	09:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-07-21	09:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

