

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1245	C.s. Carlos Morales		c	1305337154							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
Daza		Bermello		Doriz		Elizabeth		F	18/08/1966	59	H	D	M
													A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0968627550				X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO									
1. Accesibilidad geográfica.				2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.	
7. Insuficiencia de profesionales.				8. Inadecuada capacidad resolutiva.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	JUNIN	JUNIN(calle velasco ibarra cerca del terminal)											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				Consulta Externa		Endocrinología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Femenina de 59 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo II , en el día de hoy acude a nuestra consulta refiriendonos que el especialista en endocrinología le ha cambiado la medicación, ya que ha estado descompensada varias meses, actualmente mantiene seguimiento de su enfermedad de base, en el hospital Napoleon Davila.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													

E. DIAGNÓSTICO													
		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas			E108		X	4.						
2.							5.						
3.							6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
11/03/2026	12:00:00	JAVIER ANDRES		CARRERA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
802980185					

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	X	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS													

F. DIAGNOSTICO													
		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF
1.							4.						
2.							5.						
3.							6.						

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE													

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	