

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1305801720								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
ESPINALES		UTRERA		CARMEN		CONCEPCIÓN		F	27/06/1965	60				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO						
0968128473		NO						6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO FEMENINA 60 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE OBESIDAD TIPO 1, HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 3 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN TAB 50MG VO QD + AMLOPIDINO TAB 10MG VO QD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 DIAGNOSTICADA HACE APROX 10 AÑOS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA TAB 500MG VO BID, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ECNT + RETIRO DE MEDICACION, REFIERE PRESENTAR DESDE HACE 15 DIAS SENSACION DE CANSAÑO EXCESIVA Y SOMNOLENCIA DIURNA, NO POLIDIPSIA, NO POLIURI, NO PERDIDA DEL APETITO, DIURESIS Y CATARSIS POSITIVAS. A LA VALORACION PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION. CIFRAS DE PA EN CONSULTORIO 120/80 MMHG (DENTRO DE METAS). RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS ALTO. SE AGREGA SIMVASTATINA TAB 20MG VO QD. SE VALORAN PARACLÍNICOS DE CONTROL SE ENCUENTRA GLICEMIA DE 409, PACIENTE MENCIONA QUE NO SE REALIZÓ HEMOGLOBINA GLICOSILADA, PERO SE INDICA EL USO DE INSULINA***PACIENTE MENCIONA QUE NO DESEA COLOCARCE INSULINA**SE HABLA DE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO, SE MENCIONAN POSIBLES COMPLICACIONES. PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR CON SIMVASTATINA 40 MG/DIA, FILTRADO GLOMERULAR 54.5 ML/MIN, SE DECIDE REFERIR A ENDOCRINOLOGIA Y NEFROLOGIA PERO PACIENTE MENCIONA QUE NO SABE SI ACUDA A CONSULTA PUESTO QUE SU ECONOMÍA NO LO LE PERMITE. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
CREATININA 1.18 MG/DL;	GLUCOSA 409 MG/DL.....NO TENEMOS GLICADA

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS			E116		X	4.			
2.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3			N183		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025/08/27	16:00		SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
		ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓN DELA REFERENCIA/DERIVACIÓN															
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA											

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		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
			SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO