

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLORES	DELGADO	MARIA ESTRELLA	15	04	1963	63 años, 0 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305844472	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA AL TAMBO y	098-873-6208 /
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	1305844472	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	04	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON LOSARTÁN 100 mg Y AMLODIPINO 10 mg DIARIOS, Y DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON INSULINA 30 UI EN LA MAÑANA Y 20 UI EN LA NOCHE. REFIERE COLORACION MORADA DE LA PUNTA DEL 1ER DEDO DEL PIE IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE PERDIDA DE LA SENSINBILIDAD, NIEGA OTROS SINTOMAS. BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 15% (ALTO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 20 (MUY ALTO). ****0988736208***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COLORACIÓN MORADA DE LA PUNTA DEL 1ER DEDO DEL PIE IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE PERDIDA DE LA SENSINBILIDAD, SE OBSERVA ONICOMICOSIS GENERALIZADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E105		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-04-29	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

