

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	PERERO	MARIA YESENIA	22	01	1972	53 años, 8 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306208412	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL VERGEL y	099-468-9986 /
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	1306208412	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	10	20
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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS, APP DM2 HACE 15 AÑOS (TTO CON DAPAGLIFOZINA 10 MG VO PM, INSULINA NPH 31 UI AM, 16 UI), HTA HACE 15 AÑOS (TTO CON LISINOPRIL 30 MG VO 8AM). ACUDE CON EXÁMENES DE LABORATORIO DONDE SE EVIDENCIA GLUCOSA DE 215 Y HB GLICOSILADA DE 9.25. SE CALCULA TFG CON CKD.EPI DE 31.58, POR LO CUAL SE CATALOGA COMO ERC ESTADIO 3B. EXAMEN FÍSICO: ÚLCERA EN DEDO GRADO II WAGNER. ADEMÁS, DE ANEMIA CRÓNICA HB 9.50. SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA POR DIABETES DES COMPENSADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA 215, HB GLICOSILADA 9.25, HB 9.50

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCION DE COMPLICACION	E119		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	09:40	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-10-20	09:40	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	