

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO
basurto		andrade		gladys narcisa			3	6	1967	
							DIA	MES	AÑO	D-M- H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO	
ECUATORIANA	ECUADOR	1306345958	MANABI	CHONE	chone	chone			0989944220	
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA			CONVENCIONAL/CELULAR	

REFERENCIA: 1

X

DERIVACION: 2

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
		cs chone tipo c		A	13D07		
REFIERE O DERIVA A:							
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	endocrinologia		23	8	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

Limitada capacidad

Ausencia temporal del

Falta de profesional

1

Saturación de capacidad

Otros/ Especifique

4

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA POR NECESIDAD DE CONTROL POR ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GLUCOSA * 397.30 mg / dL [75 - 115]

5. DIAGNOSTICO

#	DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	CIE-10	PRE	DEF
#	#N/A	E119		X
#	#N/A			
#	#N/A			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DR JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ

CODIGO MSP: 1,31E+09

FIRMA:

CONTRAREFERENCIA: 3

REFERENCIA INVERSA: 4

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:							
FECHA							
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

#		CIE-10	PRE	DEF
#				
#				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP:

FIRMA:

7. REFERENCIA JUSTIFICADA

TIPO DE SEGURO	EJEMPLO: CAMPESINO, NINGUNO, VOLUNTARIO, ISFA
DEPENDIENTE PARENTESCO	EJEMPLO: PADRE, MADRE, TITULAR
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES COMPLETOS DE LA PERSONA QUE PAGA EL SEGURO, EN CASO SER DEPENDIENTE DEL SEGURO
NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE CEDULA DE LA PERSONA QUE PAGA EL SEGURO, EN CASO SER DEPENDIENTE DEL SEGURO