

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PILLIGUA	GUADAMUD	KLEBER ANICETO	28	11	1975	50 años, 7 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307874493	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	MANTA QUEVEDO y BARRIO CENTRAL	099-056-1499 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307874493	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	07	17
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 SEXO MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, CON APP OBESIDAD DESDE LOS 14 AÑOS + HTA PARA LO CUAL RECIBE TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG-QD, NIEGA ALERGIAS . ACUDE A LA CONSULTA POR REFERIR CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR TRASTORNO METABOLICO CON RESISTENCIA A LA INSULINA, ADEMÁS PRESENTA CUADRO DE ANSIEDAD Y NERVIOSISMO CON FOBIA A LA OSCURIDAD, PERDIDA DE PESO, CAMBIOS DE HUMOR, CAIDA DEL CABELLO , POR TAL MOTIVO SE REFIERE A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

T3 LIBRE/TOTAL: 4.24NMOL/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO	E889		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	08:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

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
2026-07-17	08:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	