

cm 1

55C

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HUAGA	B	1308469921		1308469921		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
MACIAS		BRAVO		ROSA			F	08/10/1972	52
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0988490415- 0980932828 chuputi				X				☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipo en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Ineficiencia de profesionales ☐ 8. Ineficacia de capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA

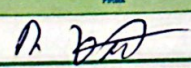
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS CON APP DE DEABETES MELLITUS TRATADA CON INSULINA HPH 20 AM Y 10 PM EN OCASIONES LA DESCONTINUA AL MOMENTO 212MG DL PRESENDA LECION NECROTICA EN DEDO PULGAR DE DEDO DEL PIE DERECHO Y TRASTORNO VISUAL POR LO UE REQUIERE DE SU VALORACION Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GLICEMA 212 MG DL. PRESENCIA DE LECION EN PULGAR DEL IE DERECHO

E. DIAGNÓSTICO										
PRE-EXISTENTE	DEFINICIÓN	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
	DEBETES MELLITUS II CON COMPLICACIONES PERIFERICAS	E115								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
19/09/2024	10:00 a.m.	VICTOR	CEDENO	BRAVO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1302656473				MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. LIBRO: VI FOLIO: 1002 N° 30	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA			DERIVACIÓN JUSTIFICADA		
SI	NO		SI	NO	

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

H. 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

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO										
PRE-EXISTENTE	DEFINICIÓN	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

N. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	