

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	FERNANDEZ	JOSE MANUEL	15	02	1969	57 años, 1 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308497856	MANABI	JUNIN	JUNIN	MONTAÑITA y MONTAÑITA	096-867-5725 /
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	1308497856	MONTAÑITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	04	01
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

ADULTO MADURO CON DIABETES DE MAS MENOS 17 AÑOS DE EVOLUCION. SIN ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, CON HERNIORRAFIA UMBILICAL HACE MAS DE 2 DECADAS. EN TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 10-0-6 HASTA AGOSTO 2025 (NO SE CUENTA CON MEDICAMENTO Y TOMA ADO METFORMINA 850 MG VO QD) ULTIMO GLUCOSA CAPILAR 180. ANTECEDENTE DE LESION ULCERATIVA EN DEDO GORDO DE PIE DERECHO HACE 10 MESES A PARTIR DE LO CUAL PRESENTA SENSACION DE HORMIGUEO, DOLOR TIPO URENTE EVA 7/10 SENSACION DE PARESTESIA ASCENDENTE. SENSIBILIDAD VIBRATORIA Y TACTIL DISMINUIDO EN DEDO PIE DERECHO CON RESPECTO AL CONTRARIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA CAPILAR 180. NO SE CUENTA CON REACTIVOS DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E115		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	14:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2026-04-01	14:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	