MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|---|---|---|---|---|---|
| MSP | 1245 | C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN | TIPO C | 1308830429 | |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CORREA | OSORIO | ROCIO | DE JESUS | F | 06/08/1979 | 45 | | | | X |

| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | DIRECCION |
|---|---|---|
| 0959098126 | MSP | SAN JUAN |

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA |
|---|---|---|
| MANABI | JUNIN | JUNIN |

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura. [ ]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [X]

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD |
|---|---|---|---|
| MSP | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA. | CONSULTA EXTERNA | ENDOCRINOLOGIA |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA TRATADO CON LOSARTAN DE 100 MG + CLORTALIDONA 25 MG QD + MELLITUS II TRATADO CON INSULINA INTERMEDIA 40 UI SC AM Y 20 UI SC PM + SIMVASTATINA 20 MG QD. AL MOMENTO LLEGA AFEBRIL , ACTIVO , REACTIVO , TOLERA BIEN LA VÍA ORAL , SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES . PACIENTE ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS Glucosa ¿ 307.43 mg/dL, Hemoglobina Glicosilada HbA1c ¿ 8.64 % Creatinina ¿ 1.75 mg/dL 0.6 - 1.1.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

## E. DIAGNOSTICO

| | | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS | | E106 | | X | | | | |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| 2025/07/24 | 11:00 | ANGELICA MARIA | MERA | REYNA |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO |
|---|---|---|
| 1309015111 | Firmado electrónicamente por: ANGELICA MARIA MERA REYNA Validar únicamente con FirmaEC | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319 |

## G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI | | NO | | | DERIVACIÓNJUSTIFICADA | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|---|---|---|---|
| | | | |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

## F. DIAGNOSTICO

| | | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | 4. | | | | |

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