

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COZ	MERO	MAYRA JESSENIA	18	07	1976	49 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309562211	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y 1ERO DE MAYO	095-966-3634 / (99)-999-9999
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	1309562211	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2026	05	08
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD CON APP: DM (INSULINA NPH 27UI AM Y 7UI PM) + METFORMINA 500MG BID) APF: MADRE DM AQX: APENDICECTOMIA Y COLECISTECTOMIA AA: NIEGA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL Y RETIRO DE MEDICACION PARA PATOLOGIA DE BASE. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE REFIERE QUE SE HA SENTIDO CON POLIDIPSIA, POLIURIA Y PERDIDA LIGUERA DE PESO, ADEMAS MENCIONA QUE PRESENTA DE MANERA ESPORADICA DISMINUCION VISUAL. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALA, ADENOMEGALIAS, TORAX SIMETRICO, BUENA ELASTICIDAD, CSPA VENTILADO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, RSCS RITMICOS, NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA. EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES OFTALMICAS	E113	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	11:11	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-08	11:11	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

