

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	1340	C.S. VALDEZ	A	1311538811	1311538811						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEX O	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LUCAS	SALTOS	ISABEL	MONSERRATE	F	03/11/84	42	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
990636985	MSP		MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.								
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.								X
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			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	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	DIABETOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELITUS TIPO 2 DIAGNOSTICADA HACE 3 AÑOS EN TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 14 UI 7 AM Y 10 UI 11PM, DAPAGLIFLOZINA 10MG MAS METFORMINA 1000MG CADA DÍA , AL MOMENTO CON SÍNTOMAS DE CATABOLISMO, GLUCEMIA CAPILAR 322MG/ SE ACTUALIZA REFERENCIA PARA DIABETOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA MAMARIA 26/03/2025 REPORTA ECTASIA DUCTAL COMPLEJA DERECHA// QUISTE SIMPLE DE MAMA DERECHA// ECTASIA SIMPLE DUCTAL IZQUIERDA//BI-RADS 4A.

E. DIAGNÓSTICO

DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. DIABETES MELLITUS CON OTRAS COMPLICACIONES	E116		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/05/26	10:00:00	MONICA	ARTEAGA	GENDE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310631591				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA