

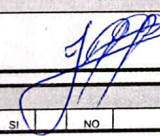
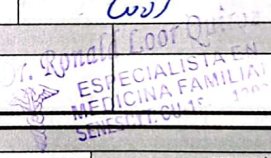
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
Ministerio de Salud	1001	Centro L	C	1512270216						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Loor	Valez	Diana	María	M	4/12/85	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN					
0994608913				1	MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
Manabí	Tena	Tena								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
Ministerio de Salud		Atención Externa	Endocrinología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Pte. Paciente de 35 años de edad, con APP de Diabetes Mellitus e Hipertensión, no controlada desde hace 4 meses bajo Tratamiento con Exorax (sunny). Paciente con antecedentes de hipertensión, ya que presenta picos de la presión arterial, una frías.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TSH: 5.75 uIU/ml T4: 1.27	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	Hipertensión, no controlada			E031	X				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
25/1/24	14:43	Rosa	Loor
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1312184177			
		SELLO	
			

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

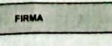
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
			
		SELLO	
		