

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PERERO	SANCHEZ	MARITZA CARMEN	26	09	1990	34 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312436155	MANABI	CHONE	RICAU RTE	BARRAGAN y	093-979-2564 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1312436155	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	01	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, APP: HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 100MG 10 AÑOS APROXIMADAMENTE, PACIENTE VIVE EN BARRAGAN. TELEFONO: 0999771905 (HIJA) APQ: SALPINGECTOMIA BILATERAL, ALERGIAS: NO REFIERE, APF: PAPA Y MAMA HTA. ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA CONTROL MEDICO, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE PRURITO GENERALIZADO Y MAREOS CONSTANTES. SE HACE TOMA DE GLUCOSA RAPIDA POSTPRANDIAL CON RESULTADO 400MG/DL. AL EXAMEN FISICO FASCIES CONSERVADAS, CUELLO SIN PRESENCIA DE ADNEOPATIA, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS SIN PRESENCIA DE SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN PRESENCIA DE MEGALIAS, EXTREMIDADES SIN PATOLOGIA APARENTE. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. METFORMINA 850 MG QD 4. DAR MEDICACION HABITUAL 5. REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA 6. CONTROL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA POSTPRANDIAL 400MG/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E119	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	10:12	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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 clínico

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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	10:12	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

