

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	1245	CS 24 H JUNIN	C	1312561325	1312561325							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BERMELLO	ZAMBRANO		MARIA		PATRICIA	M	03/07/1985	39	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
0993438209 / Sitio Balsa tumbada				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI	JUNIN	JUNIN		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
				5. Problemas de infraestructura								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente femenina de 39 años de edad, con app de dm2 descompensada a pesar del tto con Insulina nph 38ui y 22ui; insulina rapida 8ui antes de las comidas, metformina 850mg bid + glicalcida 60mg BID. Acude a consulta de control y seguimiento, no refiere sintomas de descompensacion, no lesiones ulcerativas,

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

glucosa en ayunas: 161.53 mg/dl y glucosa al azar: 263 mg/dl.

Hemoglobina Glicosilada HbA1c 6.76 %

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DIABETES MELLITUS TIPO2, SIN MENCION DE COMPLICACION		E119		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
1900-01-00	12.29	RONALD	LOOR	OUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA SELLO		
1312184177				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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	TIPOLOGÍA	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=	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		