

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	LOOR	JOSE FRANCISCO	16	02	1993	32 años, 0 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312859778	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	099-473-2295 /
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	1312859778	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	03	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

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULNO DE 32 A IMC 28.27 DE EDAD ACUDE A CITA PARA REVISION DE LABS DESTACA RESULTADOS DE EXAMENES DE CONTROL: GLUCOSA 518.8**, COLESTEROL 399 *, TRIGLICERIDOS: 1645 ***, UREA 23.3, CR: 2.07**, TGO: 72**, TGP: 50*, UROANALISIS PROTEINA +. AL INTERROGATORIO NO REFIERE SINTOMATOLOGA PATOLOGICA ALGUNA, MENCIONA TENER HABITO SEDENTARIO Y MALA ALIMENTACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA: 518.8 COLESTEROL 399 TG: 1645 UR: 23.3 CR: 2.07 TGO: 72 TGP:50 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB: 7.66 GR: 5.44 HGB; 17.6* PLT:217 MCV: 91 OBSERVACIONES: SUEROLIPEMICO +++ UROANALISIS: DENSIDAD 1000 PH: 6 PROTEINAS + GLUCSA: ++ C CETONICOS: NEG UROBILINOGENP: NEG BILIRRUBINAS: NEG NITRITOS: NEG HB: NEG LEUCOCITOS: 3-5 C EPIT: 2-4 BACTERIAS: +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERLIPIDEMIA MIXTA	E782		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-08	17:13	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-03-08	17:13	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

