

2horo
Endocrinología

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1313545988		NÚMERO DE ARCHIVO 1313545988	
PRIMER APELLIDO Atana		SEGUNDO APELLIDO Lopez		PRIMER NOMBRE Luz Venia		SEGUNDO NOMBRE Shirley	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 17/10/96	EDAD 28
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0968569772					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA MANABI	CANTÓN T. S. J. J.	PARROQUIA T. S. J. J.			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 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
		C. EXTERNA	Endocrinología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO:

Paciente con antecedente de Diabetes mellitus Tipo 2 desde los 16 años, acude a emergencia por desvanecimiento, disforia, tefalia hemoconcentrada, se realiza glucemia capilar: 26 y 140

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Hemoglobina glicosilada 8.4 Glucosa 123.53 Urea 6.5-41, Creatinina 1.73
Acido urico 5.94 TGO 24.22 TGP 19.93

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Hipoglucemia		E61					
Diabetes mellitus Tipo 1							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 20/03/25	HORA (hh:mm) 10:15	PRIMER NOMBRE Rómulo	PRIMER APELLIDO Montalvo	SEGUNDO APELLIDO Pulecio
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 2-17-17587		FIRMA		SELLO

Dr. Rómulo Montalvo Pulecio
MEDICINA INTERNA
FOLIO # 2-17-17587

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 (año-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

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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