

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	IBARRA	ANGELICA MARIA	16	03	2003	21 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314422765	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS y CDLA 6 DE DICIEMBRE	093-953-9641 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1314422765	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2024	11	27
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

PROBLEMAS DE HTA Y AUMENTO DE PESO, TRAE EX DE LABORATORIO 24/11/2024: HB 13.7, PLAQ 409, GLUCOSA 100.53, COL 219.63, COL HDL 46.37, LDL 101.29, TGL 359.86, TGO 44.56, TGP 66.90, TSL 3.94, T3, 3.75, T4 1.11 CR 0.63, DIAPRESAN 160,CARVEDIL 2,25 NOTRICOL, ANTECEDENTE DE OVARIO POLIQUISTICO DEJO TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR EFECTOS SECUNDARIOS DE MEDICACION FUM 15/11/2024 AYER 27/11/2024 SANGRADO INTERMENSTRUAL ANTECEDENTES FAMILIARES MADRE Y ABUELA DM2 E HTA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO	E889	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	09:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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