

Endocrinología

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	LOPEZ	SANDRA MARIA	11	06	1999	25 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314423193	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA 18 NOVIEMBRE Y LAS CABUYAS	098-594-6548 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1314423193	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología	2024	09	13
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 CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE DIABETES MELLITUS DIAGNOSTICADO HACE MAS O MENOS 6 AÑOS. TRATADA CON METFORMINA 500MG AL DIA. Y HACE 6 AÑOS, PACIENTE PRESENTO MASA EN CUELLO, NIEGA SIGNOS/SINTOMAS MASA EN CUELLO. LA MISMA FUE TRATADA CON ENDOCRINO PERO PERDIO LA CITA, POR LO QUE SE LE REALIZA REFERENCIA CON ENDOCRINOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

0986743292 / Dr. Romulo 0979691986 0985946548
Wallin Gureu Pote

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 1, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	08:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	08:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	