

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
SANGUANO		MANZABA		DARIO JAVIER		3	8	2009	15	M
						DIA	MES	AÑO	D-M-	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1315864262	MANABI	CHONE	chone			SIN FONO		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA			CONVENCIONAL/CELULAR	

REFERENCIA: 1

X

DERIVACION: 2

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
		cs chone tipo c		A	13D07		
REFIERE O DERIVA A:					FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	endocrinologia		28	8	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

Limitada capacidad

Ausencia temporal del

Falta de profesional

1

2

3

Saturación de capacidad

Otros/ Especifique

4

5

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

ACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS. APP: DM1 DESDE LOS 8 AÑOS. EN TTO CON INSULINA GLARGINA 30 UNIDADES QD PM, rapida 10-15-10. AQX: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE QUE HA PERDIDO CONTROLES CON ENDOCRINOLOGIA POR LA EDAD Y PESO SE IG A ENDOCRINOLOGIA ADULTOS

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GLUCOSA * 397.30 mg / dL [75 - 115]

5. DIAGNOSTICO

#	DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON COMPLICACIONES RENALES	CIE -10	PRE	DEF
#	#N/A	E102		X
#	#N/A			
#	#N/A			

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

DR JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ

CODIGO MSP

1309502043

FIRMA

CONTRAREFERENCIA: 3

REFERENCIA INVERSA: 4

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

#		CIE -10	PRE	DEF
#				
#				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA

TIPO DE SEGURO	EJEMPLO: CAMPESINO, NINGUNO, VOLUNTARIO, ISFA
DEPENDIENTE PARENTESCO	EJEMPLO: PADRE, MADRE, TITULAR
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES COMPLETOS DE LA PERSONA QUE PAGA EL SEGURO, EN CASO SER DEPENDIENTE DEL SEGURO
NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE CEDULA DE LA PERSONA QUE PAGA EL SEGURO, EN CASO SER DEPENDIENTE DEL SEGURO