

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PARRAGA          | CANTOS           | ROBERTH REINALDO | 05                  | 08  | 1998 | 27 años, 0 meses, 28 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316237377        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SN y                         | 098-377-9531 /       |
| 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                 | 1316237377                               | MATA PALO                | CENTRO DE SALUD TIPO A |                | 13D06 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Endocrinología | 2025           | 09  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad   | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS TIPO 1, CON VALORES DE GLUCOSA ELEVADOS. EN CONSULTA ANTERIOR PRESENTO GLUCOSA EN AYUNAS DE 438MG/DL, SE REALIZA HBA1C EL 26/08/2025: 14.5%, PRESENTA POLIURIA, POLIDIPSIA, POLIFAGIA, PERDIDA DE PESO. PACIENTE MEDICADO ERRONEAMENTE CON METFORMINA. SE PROCEDE A INSTAURAR TRATAMIENTO CON INSULINA GLARGINA + INSULINA RAPIDA, Y SE REALIZ AREFERENCIA A SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| NA |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DIABETES MELLITUS TIPO 1, SIN MENCION DE COMPLICACION | E109   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-02 | 11:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-02 | 11:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

