

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR CEDEÑO MARY ENOICITA		MARY	28	07	1965	60 años, 5 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708434947	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA LOS LAURELES y VIA PACHIJAL	099-237-3398 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1708434947	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	01	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

PACIENTE FEMENINO DE 60 AÑOS APP: HTA (TTO LOSARTÁN 100 MG VO QD) + DM2 (TTO XIG DUO DAPAGLIFOZINA 5MG/METFORMINA 1000 MG MÁS INSULINA NPH 30 UI AM Y 20 UI PM) + ERC. ACUDE A CENTRO. PARA REVICION DE LABORATORIOS, EL CUAL REPORTA NIVELES ELEVADO DE UREA Y CREATININA Y FUNCIÓN HEPÁTICA ALTERADA, AL EXAMEN FÍSICO PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN LA PLANTA DEL PIE BILATERAL Y DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL, PACIENTE REFIERE QUE REALIZA SEGUIMIENTO CON EL ENDOCRINÓLOGO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHONE POR NIVELES DE GLICEMIA ELEVADOS QUE NO LOGRABA CONTROLAR CON EL TRATAMIENTO. AL EXAMEN FÍSICO NO PRESENTA MAS NOVEDADES. EXAMEN DE LABORATORIO RECUESTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.24, HEMOGLOBINA 11HEMATOCRITO 36.1VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 85.1 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 25.9 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 30.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 13% ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 42.4 µM³ PLAQUETAS 251 10³/µL PLAQUETOCRITO 0.29 % VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 11.4 µM³ INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 13.4 % P-LCC (PLA: RECUESTO CELULAS GRANDES) 83 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 32.9 % GLÓBULOS BLANCOS 7.97 10³/µL LINFOCITOS (%)33.7 % NEUTRÓFILOS (%)66.5 % MONOCITOS (%) 6.8 % EOSINÓFILOS (%) 2.6% BASÓFILOS (%) 0.4 % LINFOCITOS (#) 2.69 10³/µL NEUTROFILOS (#) 4.5 10³/µL MONOCITOS (#) 0.54 10³/µL EOSINÓFILOS (#) 0.21 10³/µL BASÓFILOS (#) 0.03 10³/µL GLUCOSA 108.2 MG/DL UREA 78.38 MG/DL CREATININA 1.68 ÁCIDO ÚRICO 4.79 MG/DL COLESTEROL 273.3 MG/DL 0 - 200 TRIGLICÉRIDOS 285.6 MG/DL TGO/AST 37.39 U/L TGP/ALT 39.87 U/L

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos 4.24, Hemoglobina 11Hematocrito 36.1Volumen Corpuscular Medio (VCM) 85.1 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 25.9 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 30.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13% Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 42.4 µm³ Plaquetas 251 10³/µL Plaquetocrito 0.29 % Volumen Plaquetario Medio (MPV) 11.4 µm³ Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 13.4 % P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 83 P-LCR (PLA: Proporcion celulas grandes) 32.9 % Glóbulos Blancos 7.97 10³/µL Linfocitos (%)33.7 % Neutrófilos (%)66.5 % Monocitos (%) 6.8 % Eosinófilos (%) 2.6% Basófilos (%) 0.4 % Linfocitos (#) 2.69 10³/µL Neutrofilos (#) 4.5 10³/µL Monocitos (#) 0.54 10³/µL Eosinófilos (#) 0.21 10³/µL Basófilos (#) 0.03 10³/µL Glucosa 108.2 mg/dL Urea 78.38 mg/dL Creatinina 1.68 Ácido Úrico 4.79 mg/dl Colesterol 273.3 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 285.6 mg/dL TGO/AST 37.39 U/L TGP/ALT 39.87 U/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES RENALES	E112		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	11:49	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-01-27	11:49	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	