

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO														
MSP		1410	HBAGA		B	2350032120																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)													
ALCIVAR		MOREIRA		JOSE		ALEJANDRO		M	24 / 08 2010	14	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		H	D	M	A				X			
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO															
0989813731 / 0993993939				X				<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> <td>8. Inadecuada capacidad resolutoria</td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado.</td> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> <td></td> </tr> </table>						1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.	2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.	3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutoria	4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	5. Problemas de infraestructura.	
1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.																						
2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.																						
3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutoria																						
4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																						
5. Problemas de infraestructura.																							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
MANABI	BOLIVAR	CALCETA VIA PLATANALES																					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		ENDOCRINOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
SE TRATA DE PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS 1 EN TRATAMIENTO CON INDULINA LENTA 32 UNIDADES EN LA MAÑANA Y REPIDA POSTERIOR A LOS ALIMENTACION DOSIS DEPENDIENTE DE LOS NIVELES Y LA INGESTA DE CARBOHIDRATOS ESTUVO HOSPITALIZADO HACE UN MES EN OTRA UNIDAD MEDICA POR GLICEMIA DE 350MG / DL CON PRUEBA RAPIDA PRESENANDO VERTIGO , CEFALEA INTENSAY VOMITOS AL DAR EL ALTA LE INDICAN MANTENER LA MISMA DOSIS PERO EL PACIENTE DE ENCUENTRA AL MOMENTO CON ALTERACION DE LAS CIFRAS DE GLICEMIA A PESAR DE SU MEDICINA CUMPLIDA Y

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
GLUCOSA 110 GR / ML
HEMOGLOBINA GLICOSILADA 10, 5 %

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. DIABETES MELLITUS TIPO1 SIN MENCION DE COMPLICACION			E109	X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/07/2025	1:30:00	JULISSA MARILYN	PICO	ANCHUNDIA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1313745398				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO