

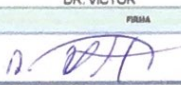
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA		II	1310475650		1310475650	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
BASURTO		DUEÑAS		NELSON		HORACIO	M	1982/10/24	43
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
988993876				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento			
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales			
CANTÓN				3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutoria			
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
MANABI				BOLIVAR		QUIROGA			
				5. Problemas de infraestructura					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD CURBANDO SU 5 DIA DE HOSPITALIZACIÓN CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA, APP HTA, DM2 CON TRATAMIENTO (Bisoprolol Fumarato 5Mg/Hidroclorotiazida 6.25Mg / METFORMINA 500Mg) QD INGRESA CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DISNEA DE MEDIANO Y ESFUERZO, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, GLASGOW 15/15. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. EXAMEN FÍSICO CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RTMICOS NORMOFONETICOS, ABDOMEN BALNDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA, NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
28/11/2025 UREA 99, CREATININA 9,83

E. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <tr> <th>PRE- PRESENTADO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>IC</th> <th>PR</th> <th>DEP</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA</td> <td>N19X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PRE- PRESENTADO	DEF- DEFINITIVO	IC	PR	DEP	1.	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X	X		2.					3.				
PRE- PRESENTADO	DEF- DEFINITIVO	IC	PR	DEP																
1.	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X	X																	
2.																				
3.																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/12/03	9:30	DR. VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1302656473				
Dr. Victor A. Cedeno Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. LIBRO: VI FOLIO: 1002 N° 3084				

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

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA

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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																				
<table border="1"> <tr> <th>PRE- PRESENTADO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>IC</th> <th>PR</th> <th>DEP</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PRE- PRESENTADO	DEF- DEFINITIVO	IC	PR	DEP	1.					2.					3.				
PRE- PRESENTADO	DEF- DEFINITIVO	IC	PR	DEP																
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