



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		001414	Santa Rita		CS	1312802182													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Chavarria		Bravo		Ricardo		Perfecto		H	06-05-1989	35	<table><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													
095-963-7333				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13		1303		130301		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											
				5. Problemas de infraestructura.															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Nefrologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS- APP: DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE HACE 20 AÑOS TRATADO CON INSULINA NPH 20 UI AL DIA DE ACUERDO ACONTROLES REPORTADOS EN EL HISTORIAL DE ENDOCRINOLOGIA - HACE 2 AÑOS PRESENTO DISMINUCION PROGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUALHASTA LLEGAR A CEGUERA BILATERAL SECUNDARIA POR RETINOPATIA DIABETICA. HTA DIAGNOSTICADO HACE 8 AÑOS TRATADO CON LOSARTAN50MG- DOLOR NEUROPATICO TRATADO CON ZALDIAR 1 TB C/12H AQX: FOTOCOAGULACION LASER OI POR DESPRENDIMIENTO DE RETINA OJODERECHO. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD DEBIDO A QUE DESCONTINUO SU CONTROL CON NEFROLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA. PACIENTEREFIERE QUE LLEVABA UN CONTROL CON NEFROLIGIA 03-08-23: TFG:76.8 ML/ MIN/1.73 - LRA AKIN II EL CUAL REPORTA COMO INSUFICIENCIA RENALTIPO II Y CONTROL CON ENDOCRINOLOGIA 17-08-23: TRATADO CON INSULINA NPH 18 UI EN LA MAÑANA Y 6 UI EN LA NOCHE. PACIENTE SUSPENDEINSULINA GARLGINA POR FACTOR ECONOMICO. PACIENTE PRESENTA CARNET DE DISCAPACIDAD VISUAL 82%- NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO DESDEEL ULTIMO CONTROL- PACIENTE MAL CONTROLADO EN SU ALIMENTACION- PERSISTE EL DOLOR NEUROPATICO DE GRAN INTENSIDAD. PACIENTEACUDE A ESTA CASA DE SALUD EL DIA DE HOY PARA REVISION DE EXAMENES DEL 25/11/24 EL CUAL REPORTA: GLUCOSA 102- COLESTEROL TOTAL 266-TRIGLICERIDOS 538- UREA 50- CREAT 3.45- TGO 24- TGP 15- HEMOGLOBINA GLICOSILADA 7.2 MICROALBUMINA ORINA OCASIONAL 48- CREAT EN ORINAOCASINAL 39.45- COCIENTE MICROALBUMINA/CREAT: 1216 HG 9.7 EMO: PROT ++. GLUCOSA ++- SANGRE ++- BACTERIAS ESCASAS- LEU NEGATIVOS-NITRITOS NEGATIVO.PACIENTE REFIERE QUE CONTINUA CON DISURIA- SENSACION DE VACIADO INCOMPLETO AL ORINAR. AL MOMENTO AFEBRIL-ASINTOMÁTICO- ACTIVO- ELECTIVO- ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- RSCS RITMICOS- CSPS VENTILADOS-ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE- EXTREMIDADES SIMETRICAS- MUCOSAS HIDRATADAS. MEDIDAS GENERALES- ASESORÍA EN NUTRICIÓN- EJERCICIOFÍSICO DIARIO 30 MIN- ASEO DIARIO- SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POSTERIOR. EN EL CONTROL PASADO SE REALIZO REFERENCIA A NUTRICION EN ELTIPO C CHONE. SE REALIZA REFERENCIA A NEFROLOGIA DEBIDO A SU CONDICION. CONTROL SUBSECUENTE.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
UREA 50- CREAT 3.45- MICROALBUMINA ORINA OCASIONAL 48- CREAT EN ORINA OCASINAL 39.45- COCIENTE MICROALBUMINA/CREAT: 1216 HG 9.7EMO: PROT ++. GLUCOSA ++- SANGRE ++- BACTERIAS ESCASAS- LEU NEGATIVOS- NITRITOS NEGATIVO.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Renal Aguda No Especificada		N179		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-24	10:44	Leonardo		Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1709823288					

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	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	DISTRITO	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.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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		