



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	Ines Moreno	CS	1300571526							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Velez	Edeltrudis	Matilde	-	M	24-06-1943	81	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-008-2987		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 resolutive								
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
13	1302	130250	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
ADULTA MAYOR CON APP DE HIPERTENS ION ARTERIAL- ENFERMEDAD RENAL CRONICA TFG: 19 ML/MIN/1.73 M² ESTIMATED GFR BY 2021 CKD-EPI CREATININE (ES TADIO IV)- ANEMIA MODERADA A CONSECUENCIA DE DAÑO RENAL- ADULTA MAYOR REFIERE QUE NO CONSUME MEDICACION PARA DAÑO RENAL- TENS ION ARTERIAL OPTIMA- BAJO PES O- NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES . ACTUALMENTE SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO CON RESULTADOS DE ALTERACION DE CREATININA- UREA- LDH- DIS MINUCION DE HB; HCT GLOBULOS ROJOS . PLAN FARMACOLOGICO: LOS ARTAN 100 MG 8 AM / CLORTALIDONA 12.5 MG CADA DIA 1 PM- DAPAGLIFOZINA 10 MG CADA DIA 8 AM

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
QUIMICA: GLUC OSA 99.7 MG/DL 70 - 110 UREA 74.93 MG/DL 10 - 50 CREATININA 2.45 MG/DL 0.6 - 1.1 ÁC IDO ÚRIC O 4.86 MG/DL 2.4 - 6PROTEÍNAS TOTALES 6.41 G/DL 6.6 - 8.7 ALBÚMINA 4.44 G/DL 3.5 - 5 COLESTEROL 159.27 MG/DL 0 - 200 TRIGLIC ÉRIDOS 113.19 MG/DL 0 - 150COLESTEROL HDL 57.77 MG/DL GO/AS T 21.65 U/L 0 - 31 TGP/ALT 28.23 U/L 0 - 32 FOSFATASA ALC ALINA 261.66 U/L 98 - 279 GAMA GT 38.32U/L 5 - 36 LDH 514.23 U/L 0 - 480 S ANGRE: COMPONENTES S ANGUINEOS : REC UENTO DE GLÓBULOS ROJOS 3.16 10^6/?L 3.5 - 5.5HEMOGLOBINA 10.5 G/DL 11 - 16 HEMATOC RITO 30.2 % 37 - 54 VOLUMEN CORPUSC ULAR MEDIO (VCM) 95.4 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINACORPUSC ULAR MEDIA (HCM) 33.2 PG 27 - 34 CONC ENTRAC IÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 34.8 G/DL 30 - 36 ANC HO DE DISTRIBUC IÓN ERITROC ITARIA (RDW)C 14.5 % 11 - 16 ANC HO DE DISTRIBUC IÓN ERITROC ITARIA (RDW)S 48.6 ?M³ PLAQUETAS 210 10³/?L 150 - 400PLAQUETOC RITO 0.15 % 0.108 - 0.282 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 7.3 ?M³ 6.5 - 12 INDIC E DE DISTRIBUC IÓN PLAQUETARIA (PDWC)6.7 % 9 - 17 P-LCC (PLA: REC UENTO C ELULAS GRANDES) 22 10³/?L 30 - 90 P-LCR (PLA: PROPORC ION C ELULAS GRANDES) 10.6 % 11 - 45GLÓBULOS BLANC OS 6.55 10³/?L 5 - 10 LINFOC ITOS (%) 28.9 % 20 - 40 NEUTRÓFILOS (%) 64.1 % 50 - 70 MONOC ITOS (%) 4.2 % 3 - 10EOSINÓFILOS (%) 2.6 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.2 % 0 - 1 LINFOC ITOS (#) 1.90 10³/?L 0.8 - 4 NEUTROFILOS (#) UROANALIS IS : EXAMENFÍS ICO - QUÍMICO COLOR AMARILLO ASPEC TO TURBIO DENSIDAD 1010 PH 6.5 LEUC O POSITIVO (++) LEUC O/UL NITRITOS NEGATIVO PROTEÍNASNEGATIVO MG/DL GLUC OSA POSITIVO (++) MG/DL CUERPOS CETÓNIC OS NEGATIVO MG/DL UROBILINÓGENO NEGATIVO MG/DL BILIRRUBINASNEGATIVO S ANGRE NEGATIVO ERY/UL HEMOGLOBINA NEGATIVO ERY/UL EXAMEN MICROS COPICO PIOC ITOS 20 -25 / CAMPO HEMATÍES 1 - 2/ CAMPO CÉLULAS EPITELIALES + / CAMPO MOC O ESC ASAS BAC TERIAS + CRISTALES DE URATOS AM

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Renal Cronica No Especificada	N189		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-07	10:36	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312068727				

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	