



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		X						
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	