



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	Pavon		CS	1303749889																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Cevallos		Zambrano		Gliden		Alcario		H	07-12-1963	61	<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 MOTIVO																	
0992461440				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
13	1303	130356																					

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 61 AÑOS- CON ANTECEDENTE DE NEFRECTOMÍA IZQUIERDA HACE 6 AÑOS. NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS. REFIERE QUE DESDE HACE MAS DE UN AÑO TIENE CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS- CON REGISTROS DE HASTA 150/95 MMHG. REFIERE CEFALEA- NIEGA VISIÓN BORROSA- EPISTAXIS O DOLOR TORÁCICO. NO HA PRESENTADO EDEMAS- DISURIA NI CAMBIOS EN LA DIURESIS. CUMPLE PARCIALMENTE CON LA DIETA BAJA EN SAL. NO TOMA MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS. TA: 140/93 MMHG (BRAZO DERECHO- SENTADO- REPOSO 5 MIN) FC: 65 LPM PESO: 74.5 KG . EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS: CARDIOPULMONAR: RUIDOS NORMALES- SIN SOPLOS NI CREPITANTES ABDOMEN: SIN DOLOR- SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS EXTREMIDADES: SIN EDEMAS. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE NEFRECTOMÍA HACE 6 AÑOS- CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS PERSISTENTES. PROBABLE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A MONORRENIA COMPENSADA- AUNQUE NO SE DESCARTA COMPONENTE ESENCIAL. SIN SIGNOS DE DAÑO AGUDO DE ÓRGANO BLANCO AL MOMENTO. FUNCIÓN RENAL A VIGILAR ESTRECHAMENTE. RIESGO AUMENTADO DE PROGRESIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SI NO SE CONTROLA ADECUADAMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL. PLAN: 1. INICIAR MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS: DIETA HIPOSÓDICA -2 G NA/DÍA- MODERAR PROTEÍNA Y GRASAS. 3.- ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 4.- REFERENCIA MEDICINA INTERNA TLF: 0992461440	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
PA ELEVADA PACIENTE MONORRENIA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hipertension Secundaria A Otros Trastornos Renales		I151	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-14	09:13	Javier	Buenaventura	Loor
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313606327				

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	