



| 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           | Chone                            | CS-C                      | 1307164531                                              |                                    |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Nevares                                                     | Moreira          | Jose                             | Estalin                   | H                                                       | 02-09-1970                         | 54   | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN                                              |                                    |      |                         |   |   |   |  |  |
| 098-565-1803                                                |                  | X                                |                           |                                                         |                                    |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                    |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                  | CANTÓN                           | PARROQUIA                 | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                    |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1303             | 130301                           | 3. Falta de equipamiento. |                                                         | 8. Inadecuada capacidad resolutive |      | X                       |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  | 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 DE 54 AÑOS DE EDAD- APP INSUFICIENCIA RENAL- ACUDE EN COMPAÑIA DE SU PAREJA- PRESENTA DOLOR EN HOMBRO DERECHO- BRAZO Y ANTEBRAZO- ACOMPAÑADO DE PARESTESIA- PRESENCIA DE LEVE EDEMA Y DISMINUCIÓN DE FUERZA MUSCULAR EN DICHA EXTREMIDAD DESDE HACE 8 DÍAS- ADEMÁS PRESENTA CANSANCIO- PALIDEZ Y LEVE EDEMA FACIAL DESDE HACE UN MES- LE REALIZAN DIÁLISIS MARTES- JUEVES Y SÁBADO. AL MOMENTO AFEBRIL- NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| EXÁMENES PENDIENTES.                                              |

| E. DIAGNÓSTICO |                                     | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Insuficiencia Renal No Especificada |                                    | N19X |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                     |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                     |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-08-26                            | 04:22        | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |