



| 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        | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres           |               | HB               | 1311637233                       |                         |                   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO          | FECHA NACIMIENTO | EDAD                             | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                   |   |   |  |
|                                                             |                  |               |                                                         |               |                  |                                  | H                       | D                 | M | A |  |
| Vera                                                        | Loor             | Rosa          | Viviana                                                 | M             | 29-08-1985       | 39                               |                         |                   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |               | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN    |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| 099-381-5497                                                |                  |               | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <b>MOTIVO</b> |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |               | 1. Accesibilidad geográfica.                            |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                  |               | 2. Falta de espacio físico.                             |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| CANTÓN                                                      |                  |               | 3. Falta de equipamiento.                               |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| PARROQUIA                                                   |                  |               | 4. Equipos en mal estado.                               |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| 13                                                          |                  |               | 5. Problemas de infraestructura.                        |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| 1305                                                        |                  |               | 6. Problemas de abastecimiento.                         |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
| 130550                                                      |                  |               | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
|                                                             |                  |               | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |
|                                                             |                  |               | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |               |                  |                                  |                         |                   |   |   |  |

| 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 CON APP DM E HIPOTIROIDISMO ACUDE POR PRESENTAR EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES Y EXAMENES QUE INDICAN INSUFICIENCIA RENAL POR LO QUE SE REFIERE PARA ESTUDIO Y TRATAMIENTO CON NEFROLOGIA |  |

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

| E. DIAGNÓSTICO |                                     | PRE= PRESUNTIVO | 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                            | 08:26        | Mirella       | Zambrano        | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 66666666                              |              |               |                 |                  |

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