



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1304970559							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Iriarte	Iriarte	Ines	Narcisa	M	13-05-1960	65	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0986987826//0984171717			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.								
13	1315	131550	4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			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: FEMENINA- DE 65 AÑOS DE EDAD. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES (APP): DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2): DIAGNÓSTICO HACE 29 AÑOS. TRATAMIENTO:INSULINA NPH 60 UI/DÍA (40 UI EN LA MAÑANA (AM) Y 20 UI EN LA NOCHE (PM)) + METFORMINA 500 MG UNA VEZ AL DÍA (QD). HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA): DIAGNÓSTICO HACE 15AÑOS. TRATAMIENTO: LOSART AN 100 MG UNA VEZ AL DÍA (QD) + CLORTALIDONA 25 MG UNA VEZ AL DÍA (QD). MOTIVO DE CONSULTA/CUADRO CLÍNICO ACTUAL (CCA): REFIERE EDEMA DEMIEMBROS INFERIORES (MMII)- PRINCIPALMENTE ASOCIADO A LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA- Y PARESTESIAS GENERALIZADAS (SENSACIÓN DE HORMIGUEO EN TODO EL CUERPO). EXAMENFÍSICO: FACIES: ICTÉRICAS (AMARILLENTAS)- DESHIDRATADAS. ABDOMEN: BLANDO- DEPRESIBLE- DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO. MIEMBROS INFERIORES: PRESENCIA DE VÁRICE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
GLUCOSA 151.54? MG/DL 70 - 110 UREA 64.26? MG/DL 10 - 50 CREATININA 1.24? MG/DL 0.6 - 1.2 NIVEL DE NITRÓGENO URÉICO 29.99 MG/DL 10 - 50 MÉTODO: FOTOMETRIA UTOMATIZADAPROCESADO POR: LCDO. IVAN ZAMBRANO FECHA VALIDACIÓN: 2025-10-17 1:09PM VALIDADO POR: LCDO. IVAN ZAMBRAN

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes Mellitus Insulinodependiente Con Complicaciones Renales		E102		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-11	02:47	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	