



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	Nause	CS-A	1302296593							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Andrade	Colt	Maria	Cristina	M	20-12-1939	86	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-893-6259			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			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								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130350									

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 86 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ETAPA 4- EN MANEJO CON BICARBONATO DE SODIO YALOPURINOL- QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL Y REFERENCIA A NEFROLOGÍA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA DESIGNOS URGENTES- SIN FIEBRE NI ALTERACIONES AGUDAS. REFIERA DOLOR EN AMBAS PIERNAS EN EL ÁREA DE GEMELOS- DEPREDOMINIO DERECHO- PRESENTE DURANTE TODO EL DÍA. CUENTA CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEHIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN TRATAMIENTO CON BISOPROLOL 2.5 MG DIARIOS- DISLIPIDEMIA TRATADA CON HIPERLIPEN-INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON DAFLON- Y ARTROSIS DE CADERAS Y RODILLAS DE MÁS DE CINCO AÑOS DEEVOLUCIÓN- CON DOLOR MECÁNICO QUE SE EXACERBA CON LA DEAMBULACIÓN Y MEJORA CON EL REPOSO- LIMITANDOPROGRESIVAMENTE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA ALERTA- ORIENTADA- EN BUEN ESTADOGENERAL. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES. ABDOMEN BLANDO- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. EXTREMIDADES CON DOLOR A LA PALPACIÓN DE GEMELOS- SIN EDEMA SIGNIFICATIVO. SE MANTIENE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. EXÁMENES DEL27-10-2025: UREA 79.7 MG/DL- CREATININA 2.71 MG/DL- FILTRADO GLOMERULAR (FG) 15 ML/MIN/1.73 M ² - RESULTADOS COMPATIBLES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA AVANZADA. CUADRO COMPATIBLE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ETAPA 4- ARTROSIS DECADERA Y RODILLAS- HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA- DISLIPIDEMIA Y INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. SE INDICAREFERENCIA URGENTE A NEFROLOGÍA- CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO ACTUAL Y SE REFORZAN MEDIDAS DE CONTROL DE SÍNTOMAS YMONITOREO PERIÓDICO DE FUNCIONES RENALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXÁMENES DEL 27-10-2025: UREA 79.7 MG/DL- CREATININA 2.71 MG/DL- FILTRADO GLOMERULAR (FG) 15 ML/MIN/1.73 M

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Renal Cronica, Etapa 4	N184		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-21	12:31	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351700222				

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	