



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	Ines Moreno	CS-A	1303692832							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Buste	Macias	Pedro	Pablo	H	01-07-1957	68	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0979884761		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
13	1302	130250	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
ADULTO MAYOR CON APP DE ECV- ENFERMEDADES CRONICAS HTA; TERAPIA TRIPLE LOSARTAN 100 MG + CLORTALIDONA 12.5MG +AMLODIPINO 5 MG- ERC ETAPA 3B CON S US UPENSION DE LA MEDICACION. ACTUALMENTE ACUDE A CONS ULTA POR CONTROL DEREVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO EN EL CUAL SE EVIDENCIA INS Uficiencia EN FUNCION DE S US RIÑONES CKD- EPI42ML/MIN/1.73 M2 ALBUMINURIA -30 MG. EXAMEN FISICO: FASCIES Y MUCOSAS PALIDAS- RSCS: RITMICOS Y FONETICOS- MII: NOEDEMA DIS MINUCION EN FUERZA EN BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA- MARCHA ATAXICA. EXAMENES DE LABORATORIO: 16/03/26A.GLOBULOS ROJOS:_ 3.650 HB: 11.6 HCT: 33.1 UREA: 78 MG/DL CREATININA: 1.75 MG/DL. CKD- EPI 42ML/MIN/1.73 M2 ESTADIO 3 B A1. PLAN FARMACOLOGICO: LOSARTAN 100 MG CADA DIA (AUN DISPONE DE MEDICACION) CLORTALIDONA 25 MG (60) DAPAGLIFOZINA 10MG CADA DIA DESPUES DE ALMUERZO- ERITROPOYETINA 400UI APLICAR S UBCUTANEA PASANDO 2 SEMANAS DURANTE 2 MESES- SIMVASTATINA 20 MG 8 PM CLOPIDOGREL 75 MG DESPUES DE ALMUERZO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXAMENES DE LABORATORIO: 16/03/26A.GLOBULOS ROJOS:_ 3.650 HB: 11.6 HCT: 33.1 UREA: 78 MG/DL CREATININA: 1.75 MG/DL. CKD- EPI 42ML/MIN/1.73 M2 ESTADIO 3 B A1.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Renal Cronica, Etapa 3		N183		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-18	02:58	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312068727				

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	