



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	1302573231								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Zambrano	Velasquez	Claudencio	Agustin	H	19-07-1943	82	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0985197632		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1305	130550	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 PRES NTA HEMATOMAS EN TORAX DES DE HACE 6 DIAS APROXIMADAMNETE- TIENE COM ANTECEDENTE INS UFIUCIENCIARENAL- S E REALIZA REFRENCIA A HOS PITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD- C S PS . CLAROS - RS C S . RITMICOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ACIDO FOLICO S ERICO E INTRAERITROCITARIO: EXAMEN RESULTADO UNIDAD V. REFERENC IA HEMATOLOGÍA BIOMETRÍA HEMÁTICA REC UENTODE GLÓBULOS ROJOS 3.59 10^6/?L 5 - 6.5 HEMOGLOBINA 10.1 G/DL 14.5 - 18.5 HEMATOC RITO 32.2 % 45 - 55 VOLUMEN CORPUSC ULAR MEDIO(VCM) 89.7 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSC ULAR MEDIA (HCM) 28.2 PG 27 - 31 CONC ENTRAC IÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 31.4G/DL 30 - 36 ANC HO DE DISTRIBUC IÓN ERITROC ITARIA (RDW)C 13.8 % 11.5 - 15.5 ANC HO DE DISTRIBUC IÓN ERITROC ITARIA (RDW)S 44.9 ?M³PLAQUETAS 106 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOC RITO 0.08 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 7.9 ?M³ 7.4 - 11 INDIC E DEDISTRIBUC IÓN PLAQUETARIA (PDWC) 16.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: REC UENTO C ELULAS GRANDES) 14 10³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORC IONC ELULAS GRANDES) 13.3 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANC OS 5.82 10³/?L 4 - 10 LINFOC ITOS (%) 21.5 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) 66.7 % 55 - 65MONOC ITOS (%) 6.5 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 4.4 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.9 % 0 - 2 LINFOC ITOS (#) 1.25 10³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#)3.88 10³/?L 1.6 - 7 MONOC ITOS (#) 0.38 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.26 10³/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#) 0.05 ACIDO LACTICO: GLUC OSA94.2 MG/DL 70 - 110 UREA 68.57 MG/DL 10 - 50 CREATININA 1.95 MG/DL 0.7 - 1.4 ÁC IDO ÚRIC O 7.2 MG/DL 3.4 - 7 COLESTEROL 180.65 MG/DL 0 - 200 TRIGLIC ÉRIDOS 172.68 MG/DL 0 - 150 TGO/AS T 18.78 U/L 0 - 38 TGP/ALT 16.56 U/L 0 - 42

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Renal Hipertensiva Con Insuficiencia Renal	I120		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-28	04:07			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

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		