



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	San Bartolo		CS-A	1304039371									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Meza		Espinoza		Clara		Mercedes		M	10-08-1938	87	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
099-176-4928				X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.									
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA <td colspan="2">3. Falta de equipamiento.</td> <td colspan="2">8. Inadecuada capacidad resolutive</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">X</td> <td colspan="2"></td>		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				X			
13		1302		130250		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	
MUJER DE 87AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA 76% CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL-APP DIABETES MELLITUS CON INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA-GONARTROSISBILATERAL-ERC-ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJO EN SEDESTACION EN SILLA DE RUEDAS COMO AYUDA TÉCNICA PARA SU TRASLADO NIEGA NOVEDADES EN RELACION DE SUS PATOLOGIASALEXAMEN FISICO;SE APRECIA DEFORMIDAD ARTICULARMARCADAENAMBASRODILLAS(ARTROSISGRADO4)LO QUECONLLEVAAPERDIDADE LAMOVILIDAD Y DE LA SENSIBILIDAD CON IMPOSIBILIDAD PARA LA BIPEDESTACION-EDEMA EN PIERNAS MASFOVEA(++).YLA DEAMBULACION-SIGNOSVITALESTA164/84MMHGCONCONTROLPORCARDIOLOGIAHOSPITALDECHONENIEGASIGNO VASOESPASMOOSIGNONEUROLOGICO DEPENDIENTE DE OTRA PERSONA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MOVILIZACION Y DE AMBULACION.HOY ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
*RESULTADOS DE LABORATORIOS SE REVISAN RESULTADOS DE LABORATORIOS MESDEFEBREROBCHB9-7.G/DLQUIMICA GLUCOSA69MG/DLHBA1C6-6%UREA52MG/DLCREATININA1-80MG/DLTFG27ML/MIN/1-73M2AC.URICO7-2MG/DL PROTEINAS 5-9G/DLALBUMINA3-4G/DLEMOPROTEINAS+++SEROLOGIA NEGATIVA ENZIMASCARDIACAS.CK84PERFILCARDIACOCK-MB2-10 TROPONINA123.2TROPONINAT31RESTODEPARACLINICOSSINALTERACIONPLANFARMACOLOGICO:CONTINUAR INDICACIONESDE CARDIOLOGIAMICARDIS-AMLO80/5MGVOQD-*INSULINANPH20UIAMY10UIPM-*VILZERMET50/1000MGVOQD*ACIDO ACETIL SALICILICO81MGVOQDD/ALMUERZO	

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
2026-05-15	11:11	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		