



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	Ricaurte	CS-A	1304525718							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Aveiga	Velez	Santa	Grafila	M	24-03-1948	78	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0994748024		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
13	1303	130356	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
			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 FEMENINA DE 77 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (TRATADA ACTUALMENTE CON ENALAPRIL 10 MGQD Y AMLODIPINA 5 MG QD- AUNQUE CON MALA ADHERENCIA SECUNDARIA A ANALFABETIS MO) Y ASMA TARDIA DIAGNÓSTICADA EN2016 (MANEJADA CON NEUMOCORT INHALADOR TRES VECES AL DÍA)- ACUDE A REVISIÓN DE LABORATORIOS. SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE- SIN EPISODIOS RECIENTES DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA NI HOS PITALIZACIONES. TRAE FRASCO DELISINOPRIL 5 MG VENCIDO EN SEPTIEMBRE DE 2025- MEDICACIÓN QUE UTILIZABA PREVIAMENTE PARA CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL. FILTRADO GLOMERULAR (CKD-EPI) 35.54 ML/MIN/1.73M² (ES TADIO 3B DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA). SE ENCUENTRA ALA ES PERA DE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA EL 9 DE MAYO DE 2026 POR LESIÓN CUTÁNEA PRESUNTAMENTE BENIGNA. ANTE LAPRESENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 3B- DIS LIPIDEMIA MARCADA Y RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO- SERECOMIENDA OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO METABÓLICO- AJUSTE DE DOSIS DE MEDICAMENTOS SEGÚN FUNCIÓN RENAL- EDUCACIÓN TERAPÉUTICA APOYADA EN CUIDADORES Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EN SEGUNDO NIVEL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALIS IS : GLUCOS A 93.4 UREA 45 CREATININA 1.42 ACIDO URICO 3.55 COLES TEROL 296.7 TRIGLICERIDOS 94.8 ELECTROLITOS SÉRICOS : S ODI0 141.90 POTAS IO 4 CLORO 108.50 CALCIO IONICO 1.11 LITIO 0.69 BIOMETRIA HEMATICA: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS : 4.54 HEMOGLOBINA: 11.3 HEMATOCRITO: 36.5% VCM: 80.5 UM HCM: 24.9 CHCM: 31 G/DL PLAQUETAS 298 LINFOCITOS : 28.6 % NEUTRÓFILOS : 58.2% EMO: FÍS ICO: COLOR AMARILLO DENS IDAD 1050 AS PECTO LIGERAMENTE TURBIO PH 6. ELEMENTAL: PROTEINAS - GLUCOS A- UROBILINÓGENO- BILIRRUBINA- CUERPO CETÓNICO- NITRITOS - HEMOGLOBINA- S ANGRE- LEUCOCITOS NEGATIVOS . MICROS COPICO: CELULAS EPITELIALES 4 - 8 X CAMPO; LEUCOCITOS 2 - 4 X CAMPO; BACTERIAS ES CAS AS .

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
2026-04-09	02:27	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313050203				

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	