

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE				NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	FECHA INGRESO		EDAD
MSP		4050			08/24/2015		56
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO		CONEXIÓN FICHA INICIAL
Crozco		Sanchez	Blanca	Edith F			
TELÉFONO (DOMICILIO O COMERCIAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO		
0997958229					☐ 1. Accidentes geográficos ☐ 2. Faltas de equipamiento ☐ 3. Faltas de capacitación ☐ 4. Equívocos en los datos ☐ 5. Problemas de infraestructura		
LUGAR DE RESIDENCIA AL FUL		CÓDIGO					
Sanfo Dongo		Concepción		Cardiología			
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				SERVICIO		ESPECIALIDAD	
				Nefrología		Nefrología	
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO							
Paciente con antecedentes de HTA + Diabetes + IC cardiaca preservada. Examen físico: TA = 135/70 mmHg, FC = 70 lpm, CR = 1.9, CKD EPI 27 ml/min/1.73m². Se solicita valoración y manejo.							
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS							
Cardiografía: 1.9.							
E. DIAGNÓSTICO							
INSUFICIENCIA RENAL IV		CM	PM	DE			
		1184		X			
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA		HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	Firma		
4/12/2014		9:39	Gale	Yagloa P.	Dr. Gale Yagloa P. CARDIOLOGIA N° Reg. 6431203600		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		1809294679					
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA				DERIVACIÓN JUSTIFICADA			
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐			
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 (año/mes/día)			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO							
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS							
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS							
F. DIAGNÓSTICO							
INSUFICIENCIA RENAL IV		CM	PM	DE			
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE							
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA		HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma					
		Sello					