

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	/ 0921676235		/ 0921676235	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
LUCAS		SOLORZANO		JOSEFA		JESSENIA	M	14/3/1982	43
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0978846637 / 0962885596		MANABI		CALCETA		X		☐ 6. Problemas de establecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☒ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente de sexo femenino de 43 años de edad que acude a esta unidad de salud con cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por edema de miembros inferiores y cara de predominancia nocturna, paciente refiere revisiones en otros establecimientos particulares y del msp y estudio ecográfico el cual reporta hipoplasia renal izquierda, exámenes de laboratorio con fecha 28/11/2025 HEMATIES 4.7, HEMOGLOBINA 13, HEMATOCRITO 40.5, VCM 80, PLAQUETAS 321.000, UREA 24, ACIDO URICO 3.5, CREATININA 1.0, GLUCOSA EN AYUNAS 92, ELEMENTAL DE ORINA: AMARILLO, LIGERMANTE TURBIO, PH 5, NITRITOS PROTEINAS GLUCOSA CUERPOS CETONICOS SANGRE LEUCOCITOS NEGATIVOS, CELULAS PAVIMENTOSAS 3-5(X), PIOCITOS 2-4 (X), BACETRIAS (X) MOCO (X)	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. DIAGNOSTICO	
1.	RIÑÓN CONTRAÍDO, NO ESPECIFICADO
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
2025-12-03	12H20
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1302656473
PRIMER NOMBRE	VICTOR
PRIMER APELLIDO	CEDEÑO
SEGUNDO APELLIDO	BRAVO
Dr. Victor A. Cedeno Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. LIBRO VIFOLIO: 1002 N° 3084	

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI ☐ NO ☐
DERIVACION JUSTIFICADA	SI ☐ NO ☐

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 (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO	
1.	
2.	
3.	

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	1302656473
PRIMA	SELLO