

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	0929020154 -		0929020154 -					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MONTALVAN		PALMA		MARIA		FERNANDA	F	30/08/1989	36	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN			MOTIVO			
0988170446 - 0998765370		IESS CAMPESINO		1. Accesibilidad geográfica.						6. Problemas de abastecimiento.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.						7. Insuficiencia de profesionales.			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		X				8. Inadecuada capacidad resolutive			
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura.									

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGIA

USUARIA CON APP DE LITIASIS RENAL DE +/- 2 AÑOS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO IVU DESDE HACE +/- UN AÑO, POR LO QUE HA RECIBIDO TTO ANTIBIOTICO VARIAS VECES Y HEMOS DADO TTO SEGUN UROCULTIVO EN LOS 2 ULTIMOS MESES, PERO NO MEJORA, AUN MANTIENE DOLOR EN ZONA LUMBAR ACOMPAÑADO DE DISURIA, TENESMO, POLAQUIURIA Y ORINAS OSCURAS ROJIZAS. ANTECEDENTE DE TOMAR POCA CANTIDAD DE AGUA (MAX 4 VASOS DE AGUA).

SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	PIELONEFRITIS CRONICA NO OBSTRUCTIVA ASOCIADA CON REFLUJO		N110	X		4.	CALCULO DEL RIÑÓN	N200	X
2.	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER		N132	X		5.			
3.	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		N390		X	6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/09/2025	10.45 am	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310509771				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	