

FN = 02-05-1952

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
Escobedo	481	480		103787197	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Escobedo	Yunda	Maria	Porfiria	F	06
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN
093917631 / 099310346				4	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO	
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 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
481	480	Nefrología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente diabética con OGHA = 7,67 y CKDeftu 21,2 cc/min

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

seguimiento evolutivo en vista complicaciones Rueda

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1								
2								
3								

diabetes mellitus con complicaciones Rueda (E12)

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

CÉDULA	NÚMERO	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
1759514035		Rafael	Peñuela	
Dr. Rafael Peñuela Médico - Internista 1759514035				

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	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 DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1								
2								
3								

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

CÉDULA	NÚMERO	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FIRMA		SELLO		