

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE				NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
03	01	23		1204609547			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Hondry		Santano		Enrique		14/11/71	45
TELÉFONO (LOCAL O COMERCIAL)				DERIVACIÓN			
0968263509/0997628754				☒ REFERENCIA ☐ MOTIVO ☐ 1. Problemas de abastecimiento ☐ 2. Insuficiencia de profesionales ☐ 3. Insuficiencia de capacidad instalada ☐ 4. Ausencia de la prestación en la calidad de servicio			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
USP	Onco. Externos

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Masculino de 45 años de edad con APP DM con complicaciones múltiples con insulino terapia quien presenta Agudo elevado de manera progresiva.
 favor realizar evaluación y conducta

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Creatinina 6.489, GFR - GFR: 42.18 ml/min/1.73 m²,
 Enfermedad Renal Crónica estadio 3B.

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRISUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	4.	5.	6.
1.	Diabetes Mellitus con complicaciones					X			
2.	Enfermedad Renal Crónica					X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	Meneses	Caceres	
21-10-24	12:51	Yvette			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Dra. Yvette Meneses Cáceres ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA NO. DE REGISTRO 172009970			
1758669954					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
REFERENCIA 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-PRISUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	4.	5.	6.
1.									
2.									
3.									

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	