

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA		II	1300745690		1300745690	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MENDOZA		MENDOZA		RAMON		H	15/01/1955	71	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
0989710233				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.			
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		X	
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.		X	
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		X	
MANABI				BOLIVAR		CALCETA			
				5. Problemas de infraestructura.					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA Y DIABETES MELLITUS TRATADA CON INSULINA INGRESA A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE 30 MIN DE DE ANGS DE EDAD CO AAANECIMIENTO DISEORESIS DOLOR PRECORDIAL TIPO OPRESIVO SE REALIZA EKG EN EL QUE SE EVIDENCIA EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DESVANECIMIENTO, DISFORESIS, DOLOR PRECORDIAL TIPO OPRESIVO, SE REALIZA EKG EN EL QUE SE EVIDENCIA APARENTE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, SE ENVIAN LABORATORIOS DE LOS CUALES LAS ENZIMAS CARDIACAS SE ENCUENTRAN DENTRO DE LO NORMAL TROPONINA 0.08, TROPONINA I 0.03, CK-MB 2.9, MIOGLOBINA 2.0, LLAMA LA ATENCION UREA 146.8, CREATININA 4.54, FILTADO GLOMERULAR CKD-EPI 12.1. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LABORATORIO: BH HB 11.6, HCT 32, NEU 61.9, PLAQUETAS 312.000, GLUCOSA 80, UREA 31.9, CREATININA 0.99, TGO 26, TGP 18.2

E. DIAGNÓSTICO																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-PRESUM</th> <th>DEF-DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA</td> <td>N189</td> <td></td> <td>X</td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA</td> <td>I209</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-PRESUM	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	1.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	N189		X	4.			2.	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	I209			5.			3.					6.		
PRE-PRESUM	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF																									
1.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	N189		X	4.																											
2.	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	I209			5.																											
3.					6.																											

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/06/08	15:00:00 AM	MARCELO AZUA	AZUA	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1312550667				

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	TIPOLOGIA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-PRESUM</th> <th>DEF-DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-PRESUM	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	1.					4.			2.					5.			3.					6.		
PRE-PRESUM	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF																									
1.					4.																											
2.					5.																											
3.					6.																											

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		FIRMA		SELLO