

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1301465637							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MEJIA	ZAMBRANO		MARIO		GUILLERMO		H	04/08/1950	75	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0981841969		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
								X					
								X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLOEN DAVILA		C. EXTERNA		CARDIOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE DISCAPACIDAD AUDITIVA 43%, HTA CON TTO CON LOSARTAN 100MG UNA TABLETA AL DÍA, AMLODIPINO 5MG UNA TABLETA EN LAS NOCHES, SIMVASTATINA 20MG UNA TABLETA EN LAS NOCHES, DM TIPO II CON TTO CON METFORMINA 500MG UNA TABLETA CADA 12 HORAS, ANEMIA CON TTO MEDICO, REFIERE QUE SE ENCUENTRAN MUY BIEN, BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. FILTRADO GLOMERULAR 28.3 ML MIN POR CKD-EPI****EN CONTROL RECIENTE- RIESGO CV A 10 AÑOS: (alto). PUNTUACIÓN FINDRISK: 18 (ALTO). , AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FILTRADO GLOEMRULAR 28.3 ML/MIN

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIEPERTENSIÓN ARTERIAL	I10X		X	4.			
2.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 4	N184		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/03/17	16:00						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:			

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	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			

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA