

## 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        |      |                          |                          |
| MSP                                   | 1410             | HBAGA                    | B                           | 1301772388                                              | 1301772388               |      |                          |                          |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE              | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO         | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)  |                          |
| LECTONG                               | PALMA            | FRANCISCO                | HERACLITO                   | M                                                       | 27/5/1953                | 72   | H D M A                  |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                          |                             | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN               |      |                          |                          |
| 0993542090 / 0987581998               |                  |                          |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |      |                          |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                          |                             | MOTIVO                                                  |                          |      |                          |                          |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                | 1. Accesibilidad geográfica |                                                         |                          |      | <input type="checkbox"/> |                          |
| MANABÍ                                | BOLIVAR          | CALCETA                  | 2. Falta de espacio físico  |                                                         |                          |      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                       |                  |                          |                             | 3. Falta de equipamiento                                |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                  |                          |                             | 4. Equipos en mal estado                                |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                  |                          |                             | 5. Problemas de infraestructura                         |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                  |                          |                             | 6. Problemas de abastecimiento                          |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                  |                          |                             | 7. Ineficiencia de profesionales                        |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                  |                          |                             | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                       |                  |                          |                             | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                  |                  |              |
|-------------------------|----------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | NEFROLOGÍA   |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 72 años acude a centro de salud por control de ECNT: HTA controlada y DM controlada, APQX: Resección de Colon hace 2 años, actualmente portador de funda de colostomía. Ingresó al establecimiento de salud con TA 102/63 mmHg, FC 115 lpm, IMC 25.08 kg/m<sup>2</sup>. Parámetros antropométricos sugieren paciente Sin Obesidad/ Con Sobrepeso, RCV Alto. Refiere buena adherencia al tratamiento con Losartan 50mg VO QD, sin efectos adversos y Metformina 500mg VO BID, sin eventos de hipoglucemia. Acude con laboratorios: Hb: 9.6 g/dL, HTC: 27.9 %, Glucosa basal 111mg/dL, HbA1C: 5.8%, Urea 189 mg/dL, Creatinina 4.23 mg/dL, Colesterol 203 mg/dL, Amilasa 224 U/L, Lipasa 101. FILTRADO GLOMERULAR 14,5

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

\*SIGNOS VITALES\*:

PA: 90/70  
FC: 80/LXM  
FR: 20/RXM  
TEMP: 36,7  
SAT02: 99% AA

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRONÓSTICO                       | DEF. DEFINITIVO | CE   | PRE | DEF | CE | PRE | DEF |
|--------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|
| 1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 5 |                 | N185 |     | X   |    |     |     |
| 2.                                   |                 |      |     |     |    |     |     |
| 3.                                   |                 |      |     |     |    |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día)                   | HORA (en mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-27                            | 11H00        | MARCO         | CEDEÑO          |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1311550667                            |              |               |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

## 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 (año-mes-día) |
|-------------------------|--------------------------|----------|---------------------|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

| PRE-PRONÓSTICO | DEF. DEFINITIVO | CE | PRE | DEF | CE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------|----|-----|-----|----|-----|-----|
|                |                 |    |     |     |    |     |     |
|                |                 |    |     |     |    |     |     |
|                |                 |    |     |     |    |     |     |

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

## G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día)                   | HORA (en mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |