

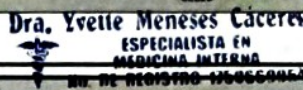
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		2812	HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO		2 NIVEL	1302018740			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Laval		Cordora		Román		Alejo		M	11/01/2017
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
099 4733 712					☒		☐		H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO			
03		01		23		☐ 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 resolutoria ☒ 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	NIVEL	ESPECIALIDAD
MSP	Com. Externa	2 NIVEL	Nefrología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
masculino de 72 años de edad con APP DM quien acude a control con laboratorio donde se evidencian proteinuria en orines de 24 hrs 753,15, QKD epi: 60,05 ml/min/1,73, favor realizar evaluación y conducta.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
paciente tiene resultado	

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESENTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	Diabetes mellitus			E11.7		X			
2.	Proteinuria no especificada			N39.1		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
19-10-24	12:22	Yoette	Meneses	Caceres	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1758669934					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA			DERIVACIÓN JUSTIFICADA		
SI ☐ NO ☐			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- PRESENTIVO	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					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	