

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		1279	CENTRO DE SALUD SANTA RITA		A	1302166929		1302166929					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR	ALCIVAR		FE		TERESA		F	6/2/1949	76	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	CHONE	SANTA RITA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD, APP DIABETES MELLITUS TIPO II CON COMPLICACIÓN RENAL, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, QUIEN SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON JARDIANCE 10 MG CADA QD 10 AM, CARVEDILOL 6.25 MG QD (NOCHE) INS ULINA NPH 10 UI AM Y 10 UI PM, FUROSEMIDA 40 mg QD (10 AM) ENALAPRIL 20 MG/QD, ACUDE A CONTROL Y SOLICITA REFERENCIA PARA NEFROLOGÍA.

ACLARAMIENTO DE CREATININA SISTEMA CONVENCIONAL: 29.01 ml/min= INS UFICIENCIA RENAL GRAVE, CONTINUA APLICÁNDOSE LAS ERITROPOYETINA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD, AL MOMENTO ESTABLE SEGÚN S U CONDICIÓN DE SALUD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD CARDIORRENAL HIPERTENSIVA CON INS UFICIENCIA RENAL		I131		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/2/2025	09H00	WILMER	LOOR	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1309526042				

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	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= 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	