

DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	130577231	

PRIMER APELLIDO: Zambrano
SEGUNDO APELLIDO: Velasquez
PRIMER NOMBRE: Claudencio
SEGUNDO NOMBRE: Agustín

TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0985197632

PROVINCIA: Manabí
CANTÓN: Flavio Alfaro
PARROQUIA: Flavio Alfaro

REFERENCIA: X
DERIVACIÓN: ☒ MOTIVO: 1. Accesibilidad geográfica, 2. Falta de espacio físico, 3. Falta de equipamiento, 4. Equipos en mal estado, 5. Problemas de infraestructura

FECHA NACIMIENTO: 17/03/07
EDAD: 82
CONDICIÓN EDAD (MARCAR): ☐ H ☐ O ☐ A

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		Consulta Externa	Cirujano Vascular

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
 Paciente masculino de 82 años de edad presenta dolor crónico región lumbar lado izquierdo atendido en el hospital de Cirugía con diagnóstico de litiasis renal bilateral y aneurisma de aorta abdominal, hospitalizado en 10 días donde solicitan valoración por cirujano vascular.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
 Ecografía: hepatopatía difusa crónica, lesión parenquimatosa renal bilateral, litiasis renal bilateral + microlitiasis, signos de obstrucción renal. Aneurisma de aorta abdominal + meteorismo.

DIAGNOSTICO	PRE. PRESENTATIVO	PRE. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
Aneurisma de la aorta abdominal	1714				
sin mandando de ruptura					

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/09/2025	10h40	Juan	Cedeno	Flores

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 0412634516

FECHA: 11/09/2025
HORA: 10h40
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 0412634516

CLINICO EMERGENCIAS
FOLIO: 2-144-1437
201-521 N. 328.07

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICO	PRE. PRESENTATIVO	PRE. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE
--------------------	--------------	---------------